



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Amanda de Lucas Xavier Martins

**Trabalho da Enfermagem na Atenção Primária em Saúde: aspectos do
processo de trabalho no Brasil e na Espanha na crise estrutural do
capitalismo**

Rio de Janeiro

2021

Amanda de Lucas Xavier Martins

Trabalho da Enfermagem na Atenção Primária em Saúde: aspectos do processo de trabalho no Brasil e na Espanha na crise estrutural do capitalismo

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David

Rio de Janeiro

2021

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

M386	<p>Martins, Amanda de Lucas Xavier. Trabalho da Enfermagem na Atenção Primária em Saúde: aspectos do processo de trabalho no Brasil e na Espanha na crise estrutural do capitalismo. - 2021. 443 f.</p> <p>Orientadora: Helena Maria Scherlowski Leal David. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. Atenção primária à saúde. 2. Enfermagem em saúde comunitária. 3. Capitalismo. 4. Brasil. 5. Espanha. I. David, Helena Maria Scherlowski Leal. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">614.253.5</p>
------	--

Kárin Cardoso CRB/7 6287

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Amanda de Lucas Xavier Martins

Trabalho da Enfermagem na Atenção Primária em Saúde: aspectos do processo de trabalho no Brasil e na Espanha na crise estrutural do capitalismo

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 6 de dezembro de 2021.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Sonia Acioli de Oliveira

Faculdade de Enfermagem – UERJ

Prof. Dr. José Ramón Martínez-Riera

Universidade de Alicante

Prof.^a Dra. Célia Maria Sivalli Campos

Universidade de São Paulo

Prof.^a Dra. Marcela Alejandra Pronko

Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2021

DEDICATÓRIA

A todas as profissionais de enfermagem que atuam e atuaram bravamente nesta pandemia e na defesa da vida de milhões de pessoas todos os dias para a sustentação do direito à saúde, acima e além dos interesses de mercado tão danosos e violentos contra a nossa força de trabalho, nosso labor e a vida dos usuários que atendemos. Pelo que representa o labor destas mulheres no mundo e por sua resistência na manutenção da vida digna de todos a quem atendem, é a vocês que dedico este esforço. Por uma outra sociedade justa em que o cuidado seja o verdadeiro valor fundamental das relações sociais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família Luiza Xavier, Vicente Crisostomo Júnior e Yuri Xavier pela paciência, apoio e suporte incondicionais para realização desta empreitada, sem vocês nenhuma conquista seria possível, meu amor e minha gratidão. A Vicente Crisostomo e Conceição Vieira pelo apoio em todos os momentos desta trajetória, com todo o carinho.

À querida colega e orientadora Prof.^a Helena David, por toda paciência, confiança, apoio e oportunidades de crescimento proporcionados neste período, obrigada por acreditar.

Ao Prof. Dr. José Ramón Martínez-Riera pela disponibilidade, acolhimento e oportunidade de acesso ao conhecimento na realidade espanhola.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e Programa de Internacionalização da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CAPES/PRINT – UERJ) e Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem (PPGEnf – UERJ) pelo apoio e suporte na realização do estágio doutoral sanduíche.

Aos professores da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV-Fiocruz) pela oportunidade de acesso e apoio na formação humana politécnica desde o mestrado. Especialmente à querida companheira de luta, Prof.^a Marcela Pronko, mestre desde o início desta trajetória acadêmica, por todo conhecimento compartilhado e crescimento proporcionado sempre. Aos colegas do Grupo de Pesquisa Estado, Políticas e Espaço Público (GPEPEP/ EPSJV-Fiocruz): vocês foram fundamentais nesta trajetória coletiva de orientação e estudos sobre o Estado, as políticas públicas e o modo de produção social no capitalismo, gratidão.

Aos colegas professores do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública (DESP) da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (ENF-UERJ), pelo apoio e suporte, acima de tudo pela força para enfrentar este desafio.

Às amigas Priscila Talita Oliveira, Marisa Augusta de Oliveira e querida companheira de luta na Faculdade de Enfermagem Joana Iabrudi, gratidão por todo apoio de sempre.

A todos os trabalhadores da saúde no município de Angra dos Reis-RJ, especialmente, as colegas profissionais de enfermagem que sustentam a atenção e o direito à saúde em defesa da vida e do SUS no cotidiano do trabalho de cuidado.

O sistema capitalista no auge da sua produtividade é incapaz de satisfazer plenamente as necessidades da população mundial por comida.

István Mészáros

RESUMO

MARTINS, A. L. X. **Trabalho da Enfermagem na Atenção Primária em Saúde**: aspectos do processo de trabalho no Brasil e na Espanha na crise estrutural do capitalismo. 2021. 443 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

Este estudo investiga o trabalho da enfermagem na Atenção Primária à Saúde no contexto de crise estrutural do capitalismo, em perspectiva comparada entre Brasil e Espanha. Analisa as mudanças na configuração do trabalho da enfermagem na Atenção Primária do Brasil e da Espanha, com base no fluxo das determinações históricas e político-econômicas da crise estrutural do capitalismo, a partir das definições da organização do trabalho em saúde e sua respectiva influência na configuração do processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária, na perspectiva da totalidade social, isto é, sua prática social. Procura ampliar o olhar sobre o trabalho na sua manifestação concreta, buscando captar a relação dialética entre as dimensões macropolítica e micropolítica, no momento predominante que nos encontramos do capitalismo em crise. O estudo analisou documentos-marco dos organismos internacionais, principalmente da Organização Mundial de Saúde (OMS), aliados a dados oficiais dos Ministérios da Saúde e Conselhos Profissionais. Além disso, contemplou a imersão nas unidades de saúde no Brasil e na Espanha para coleta de dados através de observação participante, entrevistas e questionário estruturado. A imersão no campo de pesquisa foi de um a dois meses, em ao menos três unidades de saúde da Espanha e do Brasil. Participaram desta etapa um total de 63 profissionais de enfermagem (31 enfermeiras e 32 técnicas/auxiliares de enfermagem) nos dois países. O projeto de pesquisa recebeu financiamento pelo Programa Institucional de Internacionalização da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/PRINT) entre os períodos do doutorado sanduíche, a saber: de janeiro de 2020 a março de 2020 e de janeiro de 2021 a março de 2021. A enfermagem é considerada força de trabalho central para a sustentação dos sistemas de saúde no cenário de transição demográfica, epidemiológica e tecnológica em âmbito internacional. Não obstante, o processo de configuração do trabalho destas profissionais é permeado pela reestruturação produtiva no setor saúde, como efeito da crise estrutural do capitalismo, acarretando a mercantilização dos serviços públicos de saúde através de reformas administrativas do Estado, dos sistemas de saúde e da Atenção Primária. Neste sentido, elenca aspectos centrais da crise para o trabalho da enfermagem em três eixos: “configuração do processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária”, “reestruturação produtiva” e “crise, manifestações na saúde e enfretamento pela enfermagem”. Os resultados apontam para aspectos comuns na configuração do processo de trabalho, precarização e intensificação do trabalho da enfermagem nos países; entretanto, aponta para as diferenças na divisão social do trabalho, intensidades na exploração do trabalho e capacidade de resistência das trabalhadoras ao avanço do capital para o setor na Atenção Primária.

Palavras-chave: Trabalho em Saúde. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem Comunitária. Enfermagem.

ABSTRACT

MARTINS, A. L. X. **Nursing work in Primary Health Care**: aspects of the work process in Brazil and Spain in the structural crisis of capitalism. 2021. 443 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

This study investigates the work of nursing in Primary Health Care in the context of the structural crisis of capitalism, in a comparative perspective between Brazil and Spain. It analyzes the changes in the configuration of nursing work in Primary Care in Brazil and Spain, based on the flow of historical, political, and economic determinations of the structural crisis of capitalism, from the definitions of the organization of work in health and its respective influence on configuration of the nursing work process in Primary Care, from the perspective of social totality, that is, its social practice. It seeks to broaden the view of work in its concrete manifestation, seeking to capture the dialectical relationship between the macro-political and micro-political dimensions, in the predominant moment that we find ourselves in capitalism in crisis. The study analyzed framework documents from international organizations, mainly the World Health Organization (WHO), together with official data from the Ministries of Health and Professional Councils. In addition, it included immersion in health facilities in Brazil and Spain for data collection through participant observation, interviews, and a structured questionnaire. Immersion in the research field lasted from 1 to 2 months, in at least 3 health units in Spain and Brazil. A total of 63 nursing professionals (31 nurses and 32 nursing technicians/auxiliaries) in both countries participated in this stage. The research project received funding from the Institutional Internationalization Program of the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES/PRINT) between the periods of January 2020 and March 2020; January 2021 and March 2021, period of the sandwich doctorate. Nursing is considered a central workforce for sustaining health systems in the context of demographic, epidemiological and technological transition at an international level. Nevertheless, the process of configuring the work of these professionals is permeated by productive restructuring in the health sector, as an effect of the structural crisis of capitalism, implying the commodification of public health services through administrative reforms of the State, health systems and care Primary. In this sense, it lists central aspects of the crisis for nursing work in three axes: "configuration of the nursing work process in Primary Care", "productive restructuring" and "crisis, manifestations in health and confrontation by nursing". The results point to common aspects in the configuration of the work process, precariousness, and intensification of nursing work in the countries, however, they point to the differences in the social division of work, intensities in labor exploitation and the workers' resilience to the advance of capital for the sector in Primary Care

Keywords: Health work. Primary Health Care. Community Nursing.

Nursing.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Sexo/gênero das profissionais de enfermagem no Brasil e na Espanha.....	324
Gráfico 2 –	Raça/cor das profissionais de enfermagem no Brasil.....	325
Gráfico 3 –	Escolaridade do pai das profissionais de enfermagem no Brasil.....	326
Gráfico 4 –	Escolaridade da mãe das profissionais de enfermagem no Brasil.....	326
Gráfico 5 –	Remuneração (em reais) dos profissionais de enfermagem no Brasil.....	327
Gráfico 6 –	Escolaridade das técnicas/auxiliares de enfermagem no Brasil e na Espanha.....	327
Gráfico 7 –	Relação vínculo x tempo de trabalho (anos) das profissionais de enfermagem na Atenção Primária do Brasil.....	328
Gráfico 8 –	Vínculo dos profissionais de enfermagem na Atenção Primária na Espanha.....	330
Gráfico 9 –	Tipo de vínculos das enfermeiras na Atenção Primária da Espanha e Brasil	331
Gráfico 10 –	Anos de formadas das enfermeiras entrevistadas na Atenção Primária da Espanha e Brasil	332
Gráfico 11 –	Tipo de instituição de formação enfermeiras na Atenção Primária da Espanha e Brasil	332
Gráfico 12 –	Escolaridade dos enfermeiros na Atenção Primária da Espanha e Brasil..	333
Gráfico 13 –	Grau de satisfação com o trabalho na Atenção Primária Espanha e Brasil.	333
Gráfico 14 –	Grau de satisfação com o trabalho na Atenção Primária – Brasil.....	334

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Unidades de Atenção Primária da observação participante no Brasil e na Espanha	111
Quadro 2 –	Participantes das entrevistas na pesquisa na Atenção Primária da Espanha.....	112
Quadro 3 –	Participantes das entrevistas na pesquisa da Atenção Básica do Brasil – parte 1.....	113
Quadro 4 –	Participantes das entrevistas na pesquisa da Atenção Básica do Brasil – parte 2.....	114
Quadro 5 –	Sistematização das categorias operacionais do estudo	115
Quadro 6 –	Matriz de análise dos aspectos do Trabalho da Enfermagem na Atenção Primária.....	117
Quadro 7 –	Características da Atenção Primária e do Trabalho no Sistema e na Cobertura Universal de Saúde.....	146
Quadro 8 –	Características da orientação do processo de trabalho na Atenção Centrada no Paciente e Cuidado Centrado na Pessoa pós-1980.....	157
Quadro 9 –	Características da reorganização do trabalho na Atenção Gerenciada (<i>managed care</i> – MCO) e governança clínica (<i>clinical governance</i>) pós década de 1980.....	157
Quadro 10 –	Sumário de Resoluções e Documentos da OMS com estratégias, diretrizes e recomendações para a força de trabalho da enfermagem entre as décadas de 1990 – 1999.....	167
Quadro 11 –	Sumário de Resoluções e Documentos da OMS com estratégias, diretrizes e recomendações para a força de trabalho da enfermagem entre as décadas de 2000 – 2009.....	168
Quadro 12 –	Sumário de Resoluções e Documentos da OMS com estratégias, diretrizes e recomendações para a força de trabalho da enfermagem entre as décadas de 2010 – 2019.....	169
Quadro 13 –	Situação mercado de trabalho mundial pós crise de 2008.....	180
Quadro 14 –	Panorama principais documentos, diretrizes e orientações para a organização da força de trabalho em saúde a partir de 2015 – parte 1.....	184
Quadro 15 –	Panorama principais documentos, diretrizes e orientações para	

	organização da força de trabalho em saúde a partir de 2015 – parte 2	185
Quadro 16 –	Panorama principais documentos, diretrizes e orientações para o trabalho na Atenção Primária em Saúde a partir de Astana (tradução livre) – parte 1.....	186
Quadro 17 –	Panorama principais documentos, diretrizes e orientações para o trabalho na Atenção Primária em Saúde a partir de Astana (tradução livre) – parte 2.....	187
Quadro 18 –	Panorama principais documentos, diretrizes e orientações para o trabalho na Atenção Primária em Saúde a partir de Astana (tradução livre) – parte 3.....	188
Quadro 19 –	Sumário principais documentos normativos organização do trabalho na Atenção Primária Espanha	191
Quadro 20 –	Sumário principais documentos normativos organização do trabalho na Atenção Básica Brasil – parte 1.....	192
Quadro 21 –	Sumário principais documentos normativos para a organização do trabalho na Atenção Básica Brasil – parte 2.....	193
Quadro 22 –	Estratégias para melhoria da Atenção Primária 2007-2012 no <i>Proyecto AP-21</i> Espanha.....	211
Quadro 23 –	Áreas de atuação e propostas de ação para o Plano de Qualidade do SNS Espanha 2006-2010.....	217
Quadro 24 –	Síntese dos princípios e ações da Reforma das Administrações Públicas na Espanha 2011.....	220

Quadro 25 –	A Saúde Comunitária: marcos teóricos e papéis da Atenção Primária e saúde pública na Espanha.....	233
Quadro 26 –	Estratégias e Objetivos do Marco Estratégico para Atenção Primária e Comunitária na Espanha 2019.....	234
Quadro 27 –	Aspectos gerais do Processo de Trabalho da Enfermagem na Atenção Primária na Espanha a partir de 1978.....	241
Quadro 28 –	Aspectos das atividades do processo de trabalho da enfermeira na Atenção Primária na Espanha.....	242
Quadro 29 –	Síntese objetivos da Reforma da Administração Pública Gerencial no Brasil 1995.....	258
Quadro 30 –	Dimensões estratégicas da Reforma da Administração Pública Gerencial no Brasil 1995.....	259
Quadro 31 –	Estratégias para a Reforma Administrativa do Sistema de Saúde no Brasil – 1998	261
Quadro 32 –	Pressupostos da Reforma Administrativa do Sistema de Saúde no Brasil – 1998.....	262
Quadro 33 –	Projetos de investimento na Saúde da Família pelo Ministério da Saúde com financiamento do BM.....	267
Quadro 34 –	Objetivos e diretrizes do PMAQ na Atenção Básica – 2012, 2015.....	272
Quadro 35 –	Dimensões e subdimensões de análise de certificação no PMAQ na Atenção Básica – 2012.....	272
Quadro 36 –	Áreas estratégicas, indicadores desempenho e monitoramento do PMAQ na Atenção Básica – 2012.....	274

Quadro 37 –	Projeto de investimento na Qualidade da Rede de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde com financiamento do BM.....	276
Quadro 38 –	Principais ferramentas de “microgestão” do processo de trabalho na Rede de Atenção à Saúde Brasil.....	280
Quadro 39 –	A Vigilância da Saúde como modelo de atenção na Saúde Coletiva: concepções, práticas do processo de trabalho na Saúde da Família	297
Quadro 40 –	Processo de trabalho em saúde pelo Método Paideia da Clínica Ampliada da Saúde Coletiva.....	299
Quadro 41 –	Processo de trabalho em saúde pela perspectiva da Gestão do Cuidado ...	302
Quadro 42 –	Processo de trabalho da enfermagem em Saúde Coletiva na Atenção Básica/Saúde da Família	306
Quadro 43 –	Indicadores de condições de vida e saúde da população Brasil e Espanha	308
Quadro 44 –	Características do Sistema de Saúde no Brasil e na Espanha	314
Quadro 45 –	Características da Atenção Primária no Brasil e na Espanha.....	315

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADI	Ação Direta de Inconstitucionalidade
ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Básica
AOD	Ajudas Oficiais de Desenvolvimento
APOC	Modelo de Atenção Orientado à Comunidade
APS	Atenção Primária à Saúde
ATSM	Ajudantes Técnicos Sanitários Masculinos
ATS	Ajudantes Técnicas Sanitárias
BM	Banco Mundial
CAP	Coordenação da Área Programática
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CaSAPS	Carteira de Serviços da Atenção Primária
CCAA	Comunidades Autônomas
CCQ	Círculos de Controle de Qualidade
CF	Clínica da Família
CMS	Centros Municipais de Saúde
CORA	Comisión para la Reforma de las Administraciones Públicas
COVID-19	Infecção pelo novo coronavírus
CS	Centro de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primário
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DRG	Diagnosis Related Group
DRU	Desvinculação de Rendas da União
EAP	Equipe de Atenção Primária (Espanha)
EM	Equipe Matrona (Espanha)
EC	Emenda Constitucional
EP	Equipe de Pediatria (Espanha)
EPA	Enfermeira de Prática Avançada
eAP	Equipe de Atenção Primária (Brasil)
eSB	Equipe de Saúde Bucal

eSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FED	Federal Reserve
FHS	Future Health Markets
FMI	Fundo Monetário Internacional
FT	Força de Trabalho
GAG	Global Advisory Group
GAGNM	Global Advisory Group on Nursing and Midwifery
GATS	Acordo Geral sobre Comércio de Serviços (sigla inglês)
GATT	Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio (sigla inglês)
ICM	Confederação Internacional das Enfermeiras Obstétricas
ICN	Conselho Internacional de Enfermagem (sigla em inglês)
IED	Investimento Externo Direto
INSALUD	Instituto Nacional de Salud
IRIS	Institucional Repository for Information Sharing
MARE	Ministério da Reforma Administrativa da Saúde
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MCO	Managed Care Organization
MPT	Ministério Público de Trabalho
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família da Atenção Básica
NHB	Necessidades Humanas Básicas
NOB	Norma Operacional Básica
NHS	National Health System
NHWA	National Health Workforce Accounts
NPM	New Public Management
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OCEE	Organização para Cooperação Econômica Europeia
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde

OMC	Organização Mundial do Comércio
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan Americana da Saúde
OPEP	Organização dos Países Exportadores de Petróleo
OS	Organizações Sociais de Saúde
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LMICs	Países de Média e Baixa Renda (sigla em inglês)
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDRAE	Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado
PFI	Private Finance Initiative
PIB	Produto Interno Bruto
PP	Partido Popular
PPP	Parceria Público-Privada
PL	Projeto de Lei
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRINT	Programa Institucional de Internacionalização
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
PSOE	Partido Socialista Operário Espanhol
QualiSUS	Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REFORSUS	Projeto de Reorganização do Sistema Único de Saúde
RDM	Relatório sobre Desenvolvimento Mundial
RMS	Relatório Mundial de Saúde
RT	Responsabilidade Técnica
SF	Saúde da Família
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SPT2000	Saúde para Todos 2000

SNS	Sistema Nacional de Saúde
SOE	Seguro Obligatorio de Enfermedad
SRS	Serviços Regionais de Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCAE	Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermeria
TIC	Tecnologia de Comunicação e Informação
TMD	Teoria Marxista da Dependência
TRIPS	Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio
TST	Tribunal Superior do Trabalho
TRS	Teoria da Reprodução Social
UHC	Cobertura Universal de Saúde (sigla em inglês)
UE	União Europeia
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
URSS	União das Repúblicas Soviéticas
WBG	World Bank Group
WHO	World Health Organization
ZBS	Zona Básica de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	19
1	REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO DO MATERIALISMO HISTÓRICO-DIALÉTICO.....	31
1.1	As categorias do método.....	31
1.2	Trabalho, processo de trabalho e luta de classes no capitalismo.....	33
1.3	Crise na sociedade do capital.....	44
1.4	Crise, Estado e a reestruturação produtiva no contexto dos serviços públicos de saúde.....	69
1.5	Procedimentos metodológicos: sujeitos, cenários e fontes de investigação.....	107
2	ATENÇÃO PRIMÁRIA E A ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA CRISE DO CAPITALISMO.....	118
2.1	Atenção Primária no contexto da crise estrutural do capitalismo: do direito universal ao mercado global de saúde.....	122
2.2	Reorientação do processo de trabalho e reestruturação produtiva na Atenção Primária no século XXI.....	149
2.3	A força de trabalho da enfermagem na Atenção Primária: perspectivas e propostas dos organismos internacionais para o século XXI.....	160
3	ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL E NA ESPANHA: LUTAS E RESISTÊNCIAS DA ENFERMAGEM.....	190
3.1	Sistema Nacional de Saúde, Atenção Primária e a enfermagem na Saúde Comunitária espanhola: concepções, resistências e lutas.....	194
3.2	Sistema Único de Saúde, Atenção Básica e a enfermagem na Saúde Coletiva brasileira: concepções, resistências e lutas.....	250
3.3	Situação de saúde, Atenção Primária e Enfermagem: análise-síntese em perspectiva comparada entre Brasil e Espanha.....	307
4	ASPECTOS DO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL E NA ESPANHA NA CRISE.....	322
4.1	O perfil da força de trabalho da enfermagem da Atenção Primária entrevistada no Brasil e na Espanha.....	323

4.2	Crise, reestruturação produtiva e processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Brasil e na Espanha.....	334
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	370
	REFERÊNCIAS.....	376
	APÊNDICE A - Questionário.....	415
	APÊNDICE B – Cuestionario.....	417
	APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista – Enfermeira Equipe APS.....	419
	APÊNDICE D – Encuesta – enfermera Equipo de Atención Primaria.....	420
	APÊNDICE E – Roteiro de Entrevista – Técnico/Auxiliar de Enfermagem Equipe APS.....	421
	APÊNDICE F Encuesta – Auxiliar enfermería de Atención Primaria	422
	APÊNDICE G – Roteiro de Entrevista – Enfermeiro Gestor APS.....	423
	APÊNDICE H – Encuesta – Enfermera Coordinación APS.....	424
	APÊNDICE I – Roteiro para observação sistemática.....	425
	ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	426
	ANEXO B – Consentimiento informado.....	428
	ANEXO C – Folha de rosto da CONEP	431
	ANEXO D – Carta de aprovação do CEP UERJ.....	432
	ANEXO E – Carta de aprovação do SMSRJ	437
	ANEXO F – Carta de aprovação do COMITE DE ÉTICA UA (Espanha).....	439
	ANEXO G – Hoja de información al participante.....	440

INTRODUÇÃO

A aproximação pessoal à temática do estudo deve-se à construção da trajetória profissional como enfermeira na Atenção Primária, desde 2007, quando iniciada a formação através da Residência Multiprofissional em Saúde da Família em Juiz de Fora – MG e, especialmente, o Mestrado em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica Joaquim Venâncio (EPSJV-Fiocruz). Desde então, o trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Angra dos Reis - RJ, a mediação no Curso de Educação Popular em Saúde para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e o exercício docente na graduação para o internato e especialização para residentes em Enfermagem na Saúde da Família no Rio de Janeiro-RJ, pela na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), têm conduzido a importantes reflexões sobre a atuação da enfermagem na Atenção Primária baseada na concepção ampliada de saúde e sua respectiva determinação social.

Ademais, ao longo da trajetória acadêmica, as temáticas relacionadas ao Controle Social e Promoção da Saúde na atuação da enfermeira e do ACS, respectivamente, favoreceram a visão mais voltada para a valorização da participação popular no Sistema Único de Saúde (SUS). Desta maneira, a reflexão sobre a Saúde Coletiva no contexto do trabalho na ESF e seu respectivo envolvimento com a luta pela saúde como direito social e melhoria da qualidade de vida dos usuários do SUS são presentes na construção do ponto de vista sobre os processos sociais e históricos relacionados ao trabalho na Atenção Primária.

Neste sentido, as inquietações de pesquisa estão relacionadas à atuação dos profissionais de saúde frente às perversas condições objetivas de vida dos indivíduos e comunidades. Do mesmo modo, são relativas ao desafio do trabalho na ESF, a partir do paradigma da promoção da saúde e com uso da ferramenta da participação popular para a atenção integral às necessidades de saúde. Parte-se, assim, de uma perspectiva de atuação profissional humana, acolhedora, resolutiva e cidadã como um dos pontos-chave para realizar o cuidado, promover a saúde e a qualidade de vida dos usuários do sistema, reforçando a importância da enfermagem na Atenção Primária em uma perspectiva democrática e defensora dos princípios do SUS.

Nos últimos anos, o processo de reorientação do modelo de atenção à saúde a partir da ESF tem se fragilizado, considerando o já histórico subfinanciamento do SUS, mas agravado

pelo cenário de restrição orçamentária e progressivo desmonte do sistema público de saúde desde a aprovação Emenda Constitucional (EC) nº 95 (BAHIA; SCHEFFER, 2018; TEIXEIRA; PAIM, 2018). Desta maneira, amplia-se o desafio da construção de um processo de trabalho na Atenção Primária que busque atender às necessidades de saúde da população com qualidade do serviço, sendo a enfermagem importante e reconhecida categoria na promoção do cuidado integral à saúde neste nível de atenção, principalmente na conjuntura de crise recente (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Ataques sistemáticos ao direito à saúde são empregados desde o final do século passado através de reformas nos sistemas universais e progressiva mercantilização dos serviços, a exemplo dos processos desencadeados nos países anglo-saxões do capitalismo. É também no mesmo período que se observa o intenso processo de financeirização da economia, crescimento da dívida pública e desenvolvimento das bases que culminarão em uma profunda crise econômico-política a partir de 2008. É neste contexto da explosão da bolha imobiliária e superacumulação de capital que se verifica o aprofundamento das desigualdades sociais, aumento da intensidade da exploração do trabalho, especialmente nos países periféricos, e a aceleração do desmonte do Estado de Bem-estar na Europa já iniciados pela mudança no padrão de acumulação de capital a partir do advento do neoliberalismo na década de 1970 (GOUVÊA, 2012).

No sul da Europa, os desdobramentos da crise foram mais intensos em países como Grécia, Itália e Espanha. Observou-se vertiginoso aumento da dívida pública com impacto direto na seguridade social e no Estado de Bem-estar. Segundo Giovanella e Stegmüller (2014), a severidade com que a austeridade fiscal (*troika*) se manifestou na Europa impactou diretamente suas políticas sociais. Contudo, segundo os autores, em que pese as particularidades do contexto político, econômico e cultural, os países alcançaram bons níveis de cobertura e organização dos serviços de Atenção Primária, garantindo a atenção à saúde, a despeito do cenário de corte de custos nas políticas de saúde.

Na experiência espanhola, a Constituição de 1978 foi promulgada após longo período de regime ditatorial, definindo a saúde como direito social e criando o Sistema Nacional de Saúde (SNS) de acesso universal e gratuito que fora instituído em 1986. Após a crise de 2008, o endividamento – tanto público como privado – aumentou de forma vertiginosa na Espanha, sendo o Estado submetido ao regime de austeridade fiscal a partir de 2012. Na saúde, também são observadas medidas drásticas de corte de financiamento promulgadas no Real Decreto Lei de nº 16/2012: “[...] impôs cortes de sete bilhões de euros ao SNS, definiu mudança legal na cobertura populacional, excluindo imigrantes ilegais, alterou a carteira comum de serviços,

ampliou copagamento e incorporou mudanças na regulação da assistência farmacêutica.” (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014, p. 10).

Os cortes realizados após esta medida foram expressos na redução da cobertura populacional, atingindo principalmente imigrantes ilegais e jovens menores de 26 anos sem inserção laboral, além da redução dos serviços ofertados e aumento da oferta de planos privados.

De acordo com Teixeira e Paim (2018), o marco da crise econômico-política de 2008 representou uma grande ofensiva para o setor saúde, aprofundando a comercialização dos serviços e fortalecendo tendências de segmentação e de mercantilização dos serviços. Entretanto, os autores chamam a atenção para a gravidade que a ofensiva representa para o SUS no Brasil, diante do histórico subfinanciamento, articulação público-privada e desvalorização da carreira dos profissionais desde a promulgação da Constituição Federal de 1988. Neste sentido, o marco da desaceleração econômica no país em 2013 ganhou contornos dramáticos com uma série de desdobramentos de contrarreformas e ajustes fiscais, especialmente a partir do *impeachment* da presidente Dilma Rousseff em 2016.

Além das reformas trabalhistas e da previdência empreendidas no período, um dos maiores ataques aos direitos sociais foi a aprovação da Emenda Constitucional 95 de 2016 e congelamento do orçamento para a saúde pública brasileira durante 20 anos. Essa medida implica um verdadeiro desfinanciamento do sistema de saúde. Ademais, um conjunto de reformas setoriais na Atenção Básica foi desenvolvido na sequência destas contrarreformas, revertendo os ganhos obtidos para a população brasileira com a expansão da cobertura dos serviços ao longo dos 30 anos do SUS (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Guardada as devidas proporções e diferenças de inserção no contexto da divisão internacional do trabalho, Brasil e Espanha vivenciaram (e vivenciam) em maior e menor graus, respectivamente, as situações de crise econômico-política com impactos importantes nas políticas sociais, sistemas de saúde e saúde da população. Os impactos desta crise repercutiram na capacidade de resposta dos serviços de saúde e apresentaram impactos epidemiológicos e sociais para a população, com severo agravamento nas condições de saúde e vida (DAVID et al., 2018; MARTÍNEZ-RIERA, 2012).

Nos últimos anos, o trabalho da enfermagem tem recebido enfoque especial no cenário internacional. Campanhas de “valorização da profissão”, “empoderamento” e “liderança” na categoria têm sido destaque nas pautas dos organismos internacionais. Observa-se o impulso de reconhecimento das profissionais, especialmente o da enfermeira, com importante destaque para sua atuação na saúde pública. Tal fato seria justificado pela sua influência na atenção à

saúde em perspectiva integral e a possibilidade de ampliação do seu papel, sobretudo pela mudança epidemiológica e demográfica (envelhecimento populacional) e da centralidade na prestação de serviço em cuidados primários no âmbito comunitário (APPG ON GLOBAL HEALTH, 2016; CASSIANI; LIRA NETO, 2018; CRISP; IRO, 2018).

Entretanto, compreende-se que, neste contexto de restrições orçamentárias para os gastos sociais públicos e desmonte dos sistemas universais da saúde, a diplomacia global e suas proposições para ampliação do papel das enfermeiras deveria ser, no mínimo, olhado com cautela. Segundo Breda (2012), no desenvolvimento de propostas de reformas neoliberais e aumento da privatização, desregulamentação e descentralização dos serviços de saúde, a enfermagem tem desenvolvido suas práticas objetivando responder às necessidades delimitadas por diretrizes dos programas oficiais de saúde, hegemonicamente pautadas no modelo de atenção biomédico. Breda (2012) destaca que nos países centrais este enfoque de adaptação às “necessidades globais”, tem se desenvolvido principalmente a partir da ênfase na saúde clínica, isto é, a partir de um modelo de atenção biomédico, deixando de lado a atenção com enfoque na determinação social da saúde.

Em uma busca bibliográfica nas bases de dados, BDENF, Lilacs, Medline, Scopus e Web of Science no segundo semestre de 2019, foi possível identificar vasta literatura relacionada ao processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária. Grande parte está relacionada à assistência de enfermagem para ciclos de vida, grupos e/ou agravos específicos; seguido de estudos que tratam das dimensões específicas do cuidado assistencial e gerencial em seu aspecto teórico, prático e técnico. Destacamos na literatura nacional os estudos de Bonfim et al. (2016), Cardoso et al. (2012), Corrêa, Acioli e Tinoco (2018), Ferraccioli e Acioli (2017), Santos et al. (2016), Scherer et al. (2016). Nestes, observa-se a realização das práticas do enfermeiro na Atenção Básica relacionadas especialmente às consultas de enfermagem, práticas educativas, visitas domiciliares e atividades gerenciais. Poucos são os estudos relacionados à prática do técnico de enfermagem e da sua inserção no processo de trabalho da equipe na Atenção Básica.

Os estudos de David et al. (2009), Peduzzi et al. (2019), Scherer et al. (2016) e Souza (2015) apontam que a enfermagem assume atuação significativa na mediação das tensões no interior das unidades para atender aos requisitos preestabelecidos pelas normativas, à necessidade de saúde e à capacidade de resposta dos serviços. Segundo as autoras, este processo de trabalho não raro vem acompanhado de exigência de polivalência, sobrecarga de trabalho e acúmulo de funções. Para David et al. (2018), soma-se a tal situação a dificuldade relatada pelos próprios profissionais acerca da compreensão do seu processo de trabalho e a

capacidade de superar barreiras administrativas e políticas institucionais, sinalizando necessidade de aprofundamento sobre a temática para a categoria na Atenção Primária.

Na literatura científica internacional, verifica-se expressivo debate relacionado ao processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária, especialmente na temática do “cuidado centrado na pessoa”. (DEN BOER; NIEBOER; CRAMM, 2017; DRENNAN et al., 2018; DUARTE-CLIMENTS et al., 2019). Todavia, identificamos um crescente número de publicações, nos últimos 10 anos, acerca do trabalho da enfermagem relacionado à crise nos sistemas nacionais de saúde, como nos estudos de Buerhaus (2019), Butt (2015), Drennan et al. (2018), Hansen-Turton, Ritter e Valdez (2009), Leach e Shepherd (2013), Lewis e Kelly (2018), Manchester (2018), Martínez-Riera (2012), Mundinger e Carter (2019), e Theofanidis (2017).

Parte desses estudos dedicam-se à análise da contribuição da enfermagem para a superação ou mitigação dos prejuízos causados pelos processos de crise em cenários que envolvem os riscos sanitários para as populações mais empobrecidas. Outra vertente inestiga a importância do trabalho da categoria voltada para o “cuidado centrado no paciente” diante da transição epidemiológica e demográfica e aumento na prevalência das doenças crônicas, frente à falta de profissionais médicos e restrição orçamentária dos respectivos sistemas nacionais de saúde. Ambos os conjuntos de estudos direcionam o foco para o trabalho da enfermagem na Atenção Primária. Entretanto, observam-se poucas pesquisas relacionadas às condições concretas de realização do processo de trabalho e sua relação com a precarização do trabalho no contexto das restrições orçamentárias para a saúde. Ademais, não foram identificadas pesquisas recentes que abordem a relação das mudanças na configuração da prática profissional à totalidade dos processos sociais de mercantilização da saúde, diante do aprofundamento da crise.

Por outro lado, percebe-se o aumento do investimento dos organismos internacionais na estratégia de Cobertura Universal de Saúde (UHC) para cumprimento dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU) para 2030. Neste contexto, aos 40 anos de comemoração da Declaração de Alma Ata, a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o governo do Cazaquistão promoveram uma Conferência Global sobre a Atenção Primária em Astana. Entre os objetivos da conferência, destaca-se a proposta de “reafirmar” o compromisso com a Atenção Primária para atingir a UHC e os ODS. A Declaração de Astana de outubro de 2019 destaca a Atenção Primária como forma mais efetiva para aplicação de recursos na saúde,

convoca a necessidade de maiores investimentos, assim como seu uso mais eficiente no desenvolvimento das suas ações (GIOVANELLA et al., 2019a).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem indicado o quadro deficitário de profissionais da enfermagem no mundo. Em 2016, estimou que o déficit chegaria a 9 milhões de profissionais e estabeleceu, como um dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), a expansão do número de trabalhadores e a valorização dos profissionais da categoria. A Campanha *Nursing Now* lançada em fevereiro de 2018 no Reino Unido, contando com o apoio da OMS e do Conselho Internacional de Enfermagem (ICN), teve como objetivo “ampliar a capacidade” das enfermeiras e “explorar seu pleno potencial” para contribuir com a Saúde Global. Como pauta política, buscam o desenvolvimento de lideranças na enfermagem que ampliem a influência e o convencimento da categoria e dos gestores na compreensão do “triplo impacto” do trabalho da categoria: na saúde, no empoderamento das mulheres e na economia. (APPG ON GLOBAL HEALTH, 2016; CRISP; IRO, 2018) É importante destacar que, em termos de cuidados primários à saúde, o impacto para a economia é expresso na dita capacidade das enfermeiras em serem mais eficientes em cenários com menor aporte financeiro para a saúde. Neste segmento, é apontada a implicação mais responsável da profissional diante de recursos econômicos limitados (CRISP; IRO, 2018).

Conforme Toso (2017), os sistemas universais de saúde internacionais têm buscado desenvolver e fortalecer funções novas e ampliadas para os enfermeiros visando melhorar o acesso e diminuindo os custos da atenção. Segundo a autora, sob a classificação de Enfermeira de Prática Avançada (EPA), o ICN compreende estas profissionais como enfermeiras que tenham adquirido conhecimento especializado, habilidades complexas para tomada de decisão e competência clínica mediante o nível de formação de mestrado para atender a práticas avançadas conforme contexto de cada país em que esteja credenciada. A EPA é adotada nos países pertencentes à Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) pelas seguintes razões:

A primeira relaciona-se à melhora do acesso ao cuidado em saúde em contextos com limitação da oferta de médicos. A segunda diz respeito à melhora da qualidade do cuidado, baseado no seguimento e orientações aos indivíduos portadores de condições crônicas na APS ou nos hospitais. A terceira refere-se à redução de custos, impressa no menor salário do enfermeiro em relação ao do médico, na redução dos gastos em saúde com condições crônicas seguidas pelo EPA, evitando complicações e hospitalizações desnecessárias. (TOSO, 2017, p. 37)

Entre os principais argumentos para EPA para a Atenção Primária do Brasil, estão a possibilidade destas profissionais assumirem um “escopo de competências” clínicas em

complementação ou mesmo substituição do médico, realizando, dentre outras atividades, acompanhamento dos usuários com condições crônicas seja prescrevendo medicações seja solicitando exames, por exemplo. Desta maneira, atenderiam à redução da demanda de atendimento médico, aumento do acesso aos serviços e redução dos custos para o Estado, sobretudo no contexto de crises e restrições orçamentárias (TOSO, 2017).

Frente a estes apontamentos sobre mudanças na configuração do processo de trabalho da enfermagem em cenários de restrição orçamentária e as conjunturas de crise vivenciadas no Brasil e na Espanha com fortes implicações na sustentabilidade nos sistemas universais de saúde dos países, e a não identificação de estudos que tratem desta temática pelo referencial do materialismo histórico-dialético, consideramos oportunas as seguintes questões para estudo: Como tem sido organizado o trabalho da enfermagem na Atenção Primária da Espanha e no Brasil? De que maneira a crise tem afetado o processo de trabalho da enfermagem nos países?

No momento em que se definiu a oportunidade para realização da pesquisa em estágio doutoral sanduíche, já havia sido realizado o processo de qualificação do projeto da tese em abril de 2019. No projeto anterior, o problema de pesquisa estava relacionado especificamente ao contexto do processo de trabalho da enfermagem no Rio de Janeiro-RJ na conjuntura de crise, considerando a gravidade da crise econômico-política e restrição orçamentária para financiamento do sistema de saúde municipal, culminando no fechamento de Clínicas de Família e demissão generalizada de equipes inteiras da Saúde da Família, sob a justificativa da falta de repasses financeiros para as Organizações Sociais de Saúde (OS). Entretanto, dada a aprovação para doutoramento sanduíche na Comunidade Valenciana, Espanha, ao final de outubro de 2019, consideramos oportuno ampliar as questões do estudo, conforme descritas anteriormente, para o contexto das transformações da profissão e da Atenção Primária no cenário internacional e a compreensão das manifestações particulares das conjunturas de crise pós 2008 em duas realidades bem distintas de países – um situado na Europa e outro, na América Latina.

Neste sentido, o projeto foi redefinido em sua escala, mas ainda assim manteve como objeto central do estudo o processo de trabalho da enfermagem na conjuntura de crise político-econômica pós 2008. Os questionários e as entrevistas como instrumentos de coleta de dados foram elaborados com esse propósito, neste período, para analisar a organização do processo de trabalho da profissão na Atenção Primária da Espanha e do Brasil e captar as experiências das profissionais da enfermagem em relação aos impactos da crise para o trabalho nos cenários em questão. Sendo assim, foram planejados períodos de observação

participante nos dois países durante o ano de 2020, de um a dois meses em duas unidades de Atenção Primária, seguidas de aplicação de entrevistas e questionário semiestruturado: de janeiro a junho de 2020 na Espanha e de agosto a outubro de 2020 no Brasil. Contudo, no momento da realização da coleta de dados no cenário do Centro de Saúde, irrompeu a pandemia do “novo coronavírus” (Covid-19) em março de 2020 na Espanha. Não sendo possível concluir a coleta de dados naquele momento, diante do complexo cenário da pandemia e retorno antecipado, foi necessário um novo retorno, de janeiro a março de 2021, para encerramento da etapa da pesquisa de campo no cenário espanhol. Todavia, no intervalo entre estes retornos, foi possível a realização da coleta de dados em três unidades de saúde brasileiras, entre as “ondas” de incidência da pandemia, no período de agosto e setembro de 2020. Desse modo, efetivou-se a pesquisa empírica com observação participante por cerca de 60h em cada país e com 63 profissionais de enfermagem entre enfermeiras, técnicas/auxiliares de enfermagem e gestoras do Brasil e da Espanha.

Desta forma, há de se considerar que a conjuntura de crise econômico-política, que é cíclica no capitalismo, aprofundou radicalmente com o surgimento da pandemia e extrapolou os limites da tentativa de compreensão do contexto do processo de trabalho com base nestas duas dimensões dialéticas da crise. Instigou, assim, o aprofundamento da leitura marxista sobre a temática e o uso do conceito de crise estrutural, conforme discutido por Mészáros (2011a, 2011b). Desse modo, pôde-se compreender a dimensão e a profundidade da crise como manifestação própria de um capitalismo tardio em formato neoliberal e seus efeitos para a organização do trabalho na Atenção Primária e realidade concreta do processo de trabalho da enfermagem nos cenários do serviço. Portanto, os objetivos gerais do estudo foram analisar aspectos do trabalho da enfermagem na Atenção Primária em perspectiva comparada entre Brasil e Espanha, considerando as conjunturas cíclicas e a crise estrutural do capitalismo. Os objetivos específicos foram analisar documentos relacionados às definições para o trabalho da enfermagem na Atenção Primária em âmbito internacional; realizar revisão narrativa da literatura científica e principais políticas de saúde da organização dos sistemas de saúde, Atenção Primária e enfermagem no Brasil e na Espanha; e caracterizar os elementos do processo de trabalho da enfermagem em ambos os países.

As crises econômico-políticas afetam as condições de vida e saúde da população, restringem a capacidade dos serviços de saúde e precarizam o trabalho dos profissionais e se desdobram em crises sanitárias. Ademais, considerando o caráter estrutural da crise no capitalismo, entende-se que o processo de reestruturação produtiva e a expansão do capital para o setor saúde determinam as principais mudanças nas configurações e definições do

processo de trabalho da enfermagem, especialmente a partir da introdução da lógica privada no setor saúde, mercantilização dos serviços públicos, desfinanciamento e financeirização das políticas sociais.

A estratégia de investigação apoia-se no referencial teórico-metodológico do materialismo histórico-dialético para se debruçar sobre o objeto de estudo do processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária como momento e parte de uma totalidade mais ampla da organização social. Considera-se a inserção do trabalho em saúde no conjunto de relações sociais *contraditórias*, estruturada com base na *totalidade social* de acordo com o movimento dinâmico e específico, em cada conjuntura histórica, do modo de produção da sociedade. Desta forma, busca-se compreender as *mediações* relacionadas à definição e configuração da prática social da enfermagem no nível primário de atenção a partir das *categorias analíticas de trabalho/processo de trabalho*. Ademais, parte-se da categoria conceitual de *crise e reestruturação produtiva* relacionadas à totalidade do modo de produção da sociedade. Portanto, iremos abordar os efeitos da crise estrutural do capitalismo nos serviços públicos de saúde, assim como a reestruturação produtiva e os respectivos aspectos da organização do processo de trabalho nos serviços da Atenção Primária. Nesse sentido, busca-se apreender o fluxo das determinações objetivas, subjetivas e históricas no desenvolvimento dos processos sociais nos contextos particulares da Espanha e do Brasil.

Considerando a escolha do método do materialismo histórico-dialético, entende-se que seja necessário aprofundar a discussão da categoria trabalho/processo de trabalho e sua articulação com os conceitos de crise e reestruturação produtiva no modo de produção capitalista. Para tanto, o primeiro capítulo da tese trata da apresentação dos principais conceitos relacionados à categoria trabalho em Marx e seu processo produtor de crise. Na teoria marxista, a crise, para além das conjunturas nas respectivas fases cíclicas econômica e política, é a manifestação própria da forma da produção e reprodução social do capitalismo. Por esta perspectiva, é imprescindível trazer o debate da crise “global” no contexto amplo do desenvolvimento do modo de produção capitalista. Partimos do pressuposto da crise como um processo estrutural de precarização da vida e do trabalho regido pelo desenvolvimento da acumulação capitalista, tomando como ponto de partida para sua compreensão a formulação teórica de Marx sobre a *Lei Geral da Acumulação Capitalista* (MARX, 2017).

Ademais, para aprofundar a discussão sobre a crise no atual momento do desenvolvimento do capitalismo, recorreremos à discussão de István Mészáros para compreender a dimensão da crise que vivenciamos. Tal quadro vem sendo analisado teoricamente desde o século XIX por Marx e gerações sucessoras do marxismo, sendo

especialmente contextualizado na virada do milênio pela densa análise da crise estrutural realizada por István Mészáros em sua obra *Para além do capital*. O autor aponta que os limites absolutos do capital já se demonstram como verdadeiros testes de sobrevivência da humanidade (seja pelos danos ambientais, catástrofes e mudanças climáticas, epidemias e **pandemias**, desemprego, penúria e fome de contingentes populacionais extraordinários, guerras mundiais e locais, imigração e **extralimitação do trabalho feminino**) (MÉSZÁROS, 2011a).

No entanto, a articulação deste cenário amplo com a organização do trabalho da enfermagem encontra uma ligação especial no tratamento da questão social pelo Estado. Há ao menos duas razões importantes para tratar do papel do Estado no desenvolvimento da crise: sua mediação na expansão do capital (função econômica) e na manutenção da reprodução social da força de trabalho (função política). O trabalho em saúde articula-se não apenas à necessária atuação na questão social para recuperação da força de trabalho em geral e manutenção da reprodução social, mas também para a expansão do capital. Esta relação nos importa discutir mais detidamente para compreender melhor a dinâmica entre as ações estatais e a configuração do trabalho em saúde, em especial da enfermagem na Atenção Primária.

Neste seguimento, terminamos o primeiro capítulo apontando as relações entre as ações corretivas do Estado na reprodução ampliada do capital, a expansão do capital para a saúde e os processos de reestruturação produtiva no setor como elementos importantes para subsidiar o estudo. Encontramos em Mészáros (2011a, 2011b) e em Ricardo Antunes (2002, 2009, 2010a, 2018) especial contribuição e apontamentos metodológicos para a investigação dos efeitos da crise capitalista e reestruturação produtiva no mundo do trabalho. Além disso, apresentamos o planejamento metodológico da investigação que parte da revisão narrativa da literatura, das principais políticas de saúde nos países e dos documentos-marco de organismos internacionais contendo diretrizes estratégicas para o trabalho em saúde e da enfermagem na Atenção Primária para subsidiar a pesquisa de campo realizada nos serviços de Atenção Primária no Brasil e Espanha.

No segundo capítulo, recuperamos o contexto histórico do desenvolvimento da Atenção Primária no cenário internacional atravessada por projetos societários em disputa. Além disso, buscamos identificar as perspectivas dos organismos internacionais para o trabalho da enfermagem neste nível de atenção, considerando o irromper da crise estrutural do capitalismo, assim como no aprofundamento da crise cíclica conjuntural na primeira década do novo milênio. Nesta perspectiva, consideram-se marcos fundamentais: a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários em Alma-Ata, em 1978, e a Conferência

“Global” sobre Atenção Primária à Saúde em Astana, em 2018; e as concepções de reorientação do processo de trabalho em saúde, com base nas experiências estadunidenses e inglesas da atenção “centrada na pessoa”, atenção gerenciada e governança clínica; e as perspectivas teóricas e ético-políticas da Saúde Coletiva brasileira e Saúde Comunitária espanhola. Em relação ao debate destas últimas, serão apontados elementos que aproximam e diferenciam as perspectivas no Brasil e na Espanha respectivamente, sem, no entanto, aprofundar suas bases epistemológicas, considerando o foco do objeto de estudo na organização do processo de trabalho. No final do referido capítulo, apresentamos os principais documentos da OMS relacionados às definições para o trabalho da enfermagem na Atenção Primária. Trazer esses marcos históricos, no contexto internacional da luta de classes, contribui para esclarecer os interesses em jogo na reprodução ampliada do capital e sua relação com a incorporação dos conceitos e formas de organizar o processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária.

Diante do avanço da mercantilização da saúde, as lutas, as resistências e as concepções da Saúde Coletiva e da Saúde Comunitária para a enfermagem na Atenção Primária no contexto particular do Brasil e da Espanha são abordadas no terceiro capítulo. Partimos da revisão narrativa da literatura, documentos institucionais e principais políticas de saúde dos países para compreender os aspectos centrais nas definições do processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária, assim como as lutas e os movimentos de reestruturação produtiva no setor, mediados pelas Reformas Administrativas do aparelho do Estado no Brasil e na Espanha. Encerramos o capítulo com uma síntese em perspectiva comparada da situação de saúde, características dos sistemas de saúde e da Atenção Primária nos países para analisar o contexto de desenvolvimento do processo de trabalho da enfermagem nas respectivas localidades.

Por fim, o quarto e último capítulo teve como objetivo analisar a realidade concreta do trabalho das profissionais de enfermagem na Atenção Primária, ressaltando os aspectos da configuração do processo de trabalho, precarização do trabalho e necessidades de saúde dos usuários percebidas pelas profissionais, diante do aprofundamento da crise estrutural do capitalismo, sobretudo nas manifestações pós-crise de 2008. Pretendemos aqui descrever e analisar, em perspectiva comparada, os elementos do processo de trabalho, os aspectos da reestruturação produtiva do trabalho nos serviços e os problemas de saúde dos usuários agravados pela conjuntura de crise. Para tanto, realizamos análise temática, classificando as repostas em três grandes eixos: *processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária, reestruturação produtiva e trabalho da enfermagem na Atenção Primária e crise,*

manifestações na saúde e enfrentamento pela enfermagem. Apesar da investigação contar com vasta quantidade de dados empíricos coletados no Brasil e na Espanha, não foi possível utilizá-los em sua integralidade (especialmente os registros da observação participante nos diários de campo) e aprofundar a análise, considerando o volume de dados e o tempo estabelecido para conclusão do estudo e defesa da tese. Nesse sentido, apontamos a necessidade de aprofundamento da análise destes dados em estudos posteriores.

1 REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO DO MATERIALISMO HISTÓRICO-DIALÉTICO

1.1 As categorias do método

A ciência caracteriza-se por um conjunto de conhecimentos que partem da observação da realidade e pesquisa, por uma racionalidade lógica e análise crítica, no intuito de dar respostas às questões humanas e da natureza que permeiam a vida e as atividades dos homens e mulheres em sociedade. O conhecimento científico é produzido socialmente e acumulado historicamente, através da descrição esquemática. É reconhecido por seu caráter de objetividade, capacidade de generalização e reprodução, vinculado à teoria e método, para explicação dos fenômenos da realidade empírica. O método apresenta-se como o caminho para a realização da racionalidade lógica no olhar sobre o fenômeno (SIMÕES; GARCÍA, 2014).

O materialismo histórico e dialético, como perspectiva teórica, metodológica, epistemológica e política, busca o desvendamento das diversas mediações ideológicas na ordem social e a superação do modo de produção capitalista. De acordo com Netto (2011), as categorias do método exprimem as formas do modo de ser de uma sociedade determinada e, portanto, ontológicas, mas também reflexivas, na medida em que se opera a abstração para reprodução teórica do objeto da pesquisa. Além disso, são históricas e transitórias, pois dizem respeito à ordem social burguesa e ao modo de produção capitalista. Em se tratando da apreensão do seu caráter processual, a análise destas categorias se dá de forma *diacrônica*, relacionada à sua gênese e desenvolvimento, e *sincrônica* com a análise da sua função e estrutura na atualidade. Entretanto, o método não é um conjunto de regras formais que se aplicam a determinada investigação de um objeto, nem uma escolha do pesquisador para enquadrar seu objeto de pesquisa. Trata-se de uma perspectiva em que o sujeito, na relação com seu objeto, busca extrair dele suas múltiplas determinações concretas, conhecendo-as teoricamente (NETTO, 2011).

As categorias nucleares desta abordagem teórico-metodológica são a *totalidade*, *contradição e mediação*. Além disso, a *historicidade* representa caráter central na análise dos fenômenos, considerando que as categorias são historicamente determinadas pelo modo de

produção material da sua existência, mas tal determinação não são leis fixas e imutáveis; são compreendidas como tendências históricas. A produção material aparece como unidade na história, mas é diversa em sua época histórica (NETTO, 2011).

A totalidade é tomada sob a perspectiva da realidade estruturada e dialética na qual o fenômeno pode ser compreendido racionalmente. Em termos epistemológicos, relaciona-se a compreensão de unidade, mas com especificidades dos fenômenos, em diferentes graus de complexidades, constituindo um sistema, um conjunto de elementos que exercem influência recíproca e contraditória. Por esta perspectiva, as diferentes partes complexas constitutivas desta totalidade relacionam-se de forma dinâmica e indicam o necessário aprofundamento nas especificidades dos fenômenos (KOSIK, 1976).

A dialética consiste no esforço teórico de compreender a realidade da “coisa em si”, rompendo com as representações da aparência fenomênica que obscurecem o conteúdo, a essência desta realidade. Kosik (1976) indica que o mundo tal como se nos apresenta é uma aparência superficial, ou nos termos do autor, o “[...] mundo da pseudoconcreticidade é um claro escuro de verdade e engano” (KOSIK, 1976, p. 15).

Como princípio metodológico da investigação dialética, a realidade social é captada pelo ponto de vista da totalidade concreta como um momento do todo. É um fato histórico determinante e determinado da totalidade, sendo a unidade dos contrários a definição, produção e síntese de sua própria construção. Contudo, a concepção de totalidade concreta está diretamente relacionada à concepção da realidade. A recíproca conexão entre um fato da realidade e o todo corresponde à concepção da realidade como um processo histórico-dialético, divergindo do seu entendimento como coleção de fatos isolados. Por outro lado, a realidade no pensamento dialético não se manifesta apenas como um conjunto de relações, fatos e processos, mas como sua própria criação, gênese e estrutura. Desta forma, explica-se a divergência entre o conhecimento fragmentário, sistematizado de somatório linear dos fatos e noções, e o pensamento dialético, que pressupõe um movimento espiral na sua construção em que cada início é abstrato e relativo, acompanhado de mútua relação entre os conceitos (KOSIK, 1976).

No materialismo histórico-dialético, a concreticidade da realidade social é uma unidade dialética entre estrutura e superestrutura, mas também do homem sujeito e objeto histórico-social, isto é, como sujeito de *práxis* histórico-objetiva na humanidade. O sujeito histórico real atua no processo social na produção e reprodução da estrutura e superestrutura, participando ativamente na construção das relações sociais, instituições e ideias, criando também a si mesmo como ser histórico e social (KOSIK, 1976).

Este estudo partiu do referencial teórico-metodológico do materialismo histórico-dialético, considerando a inserção do trabalho em saúde no conjunto de relações sociais *contraditórias*, estruturado com base na *totalidade social*, de acordo com o movimento dinâmico e específico, em cada conjuntura histórica, do modo de produção da sociedade. Desta forma, busca-se compreender as *mediações* relacionadas à definição e configuração da prática social da enfermagem no nível primário de atenção a partir das *categorias analíticas de trabalho/processo de trabalho*. Além disso, parte-se da categoria conceitual de *crise e reestruturação produtiva* relacionadas à totalidade do modo de produção da sociedade. Portanto, iremos abordar os efeitos da crise estrutural do capitalismo nos serviços públicos de saúde, assim como a reestruturação produtiva e os respectivos aspectos da organização do processo de trabalho nos serviços da Atenção Primária.

1.2 Trabalho, processo de trabalho e luta de classes no capitalismo

A categoria *Trabalho* tem caráter fundamental na compreensão das relações sociais pela perspectiva do materialismo histórico e dialético. O trabalho ocupa posição central na produção da riqueza social, modificando sua forma, a tecnologia utilizada e a relação de produção, de acordo com a organização da sociedade em cada conjuntura histórica. O estudo da sociedade, nesta perspectiva, baseia-se na centralidade do trabalho, em seu aspecto ontológico e histórico, para compreensão do modo de produção da existência (NETTO, 2011; RAMOS, 2007).

Ontologicamente, o trabalho objetivado torna-se humano ao se distinguir da relação que os animais estabelecem com o meio natural para manutenção da vida. É a partir da superação do instinto animalesco de sobrevivência que se torna possível a ação objetivada pelo acúmulo de experiências do passado na mediação dialética entre homem e natureza. É, portanto, através da prévia idealização, consciência, que o trabalho dá significação e sentido nesta forma de existir no mundo. Desta maneira, entende-se o trabalho como uma prática social objetivada capaz de se generalizar em resposta às limitações presentes historicamente no cotidiano do desenvolvimento da sociedade. Isto é, é uma síntese de sua consciência ativa em um determinado contexto social histórico (KOSIK, 1976; LUKÁCS, 1968).

Em Marx, o trabalho é, independente da forma histórico-social da produção, o próprio *processo de trabalho* que produz valores de uso, ou seja, coisas que sirvam à satisfação das

necessidades humanas de algum tipo. O *processo de trabalho* permite que o trabalhador chegue a um resultado representado idealmente no início deste processo. Todavia, este processo não se restringe à transformação do elemento natural, mas se estende à transformação de si mesmo para atender à finalidade pretendida (MARX, 2017).

Neste sentido, o *processo de trabalho* é a atividade do homem com o auxílio de *meios* e instrumentos de trabalho, operando uma transformação do *objeto de trabalho* de acordo com uma *finalidade* preconcebida. Entretanto, as condições de desenvolvimento do *processo de trabalho* e a produção material de recursos para a manutenção da vida humana estão diretamente vinculadas às mediações históricas na consolidação das relações sociais (LUKÁCS, 1968; RAMOS, 2007).

Ao considerarmos, portanto, o trabalho na acepção ontológica, nos remetemos à sua prática social de produção de valores de uso e riqueza social, visto em Marx como *trabalho concreto*, qualitativamente diverso na transformação dos elementos da natureza para subsistência e manutenção da vida social. Não obstante, na configuração histórica do modo de produção capitalista, apresenta-se como *trabalho abstrato*, quantitativamente representado pelo tempo de trabalho geral para os trabalhadores assalariados (CARCANHOLO, 2011; MARX, 2017).

Segundo Prado (2004), o trabalho concreto é a forma como reconhecemos o processo de produção de valores de uso na vida cotidiana, podendo ser *trabalho simples*, quando se manifesta em poucas qualidades diferenciais (mais facilmente generalizado a qualquer trabalhador e medido na sua forma abstrata), ou *trabalho complexo*, que se manifesta recorrendo ao uso elevado de qualidades diferenciais características da produção de valores de uso ou funções específicas. Ambos coexistem desde os primórdios da história da economia capitalista; não obstante:

[...] o trabalho complexo na formulação original de O Capital não representa problema algum para o desenvolvimento dos primeiros passos da teoria do valor, pois, de acordo com esse autor, ele ‘vale apenas como trabalho simples potenciado ou, antes multiplicado’. O trabalho complexo, segundo ele, é constantemente reduzido a trabalho simples pelo processo social, em proporções determinadas e isto ocorre sem que os produtores se apercebam, parecendo-lhes dadas pela tradição. Nos primeiros capítulos de O Capital, os quais são os mais abstratos de toda a obra, essa redução é pensada sob a suposição de que tanto o trabalho simples quanto o trabalho complexo possam **ser medidos apenas pelo tempo de um modo economicamente significativo**. (PRADO, 2004 p. 50, grifo nosso)

O trabalho na forma assalariada é reduzido à venda da sua *força de trabalho* (FT), considerada uma mercadoria para o dono dos meios de produção. Nesta relação, os indivíduos desprovidos dos meios e instrumentos de produção são coagidos a vendê-la para garantir sua subsistência, mediante contrato. Marx aponta que, nesta forma, o *processo de trabalho*, como

processo de consumo da FT, apresenta dois fenômenos de *alienação* característicos: 1) o trabalhador realiza sua atividade para quem vendeu sua FT, isto é, sob o controle do capitalista; 2) o produto do trabalho é propriedade do capitalista, não do trabalhador. Assim se dá o processo de valorização que, segundo Marx (2017, p. 271):

Ao transformar o dinheiro em mercadorias, que servem de matérias para a criação dos novos produtos ou como fatores do processo de trabalho, ao incorporar força viva de trabalho à sua objetividade morta, o capitalista transforma o valor – o trabalho passado, objetivado, morto – em capital, em valor que se autovaloriza, um monstro vivo que se põe a ‘trabalhar’ como se seu corpo estivesse possuído de amor.

O valor da FT, o salário, é determinado pelo *tempo de trabalho necessário* para reprodução da mercadoria trabalhador (sim, nossa força de trabalho é uma mercadoria com o preço do salário), sendo, desta maneira, reduzida ao valor dos meios de subsistência necessários à sua reprodução. “A força de trabalho existe apenas como disposição do indivíduo vivo. A sua produção pressupõe, portanto, a existência dele. Dada a existência do indivíduo, a produção da força de trabalho consiste em sua própria reprodução ou manutenção”. (MARX, 2017 p. 245). Contudo, o valor é compreendido como uma *quantidade de trabalho humano abstrato*, socialmente necessário, medido em tempo na produção da riqueza material, e não apenas o valor da FT (MARX, 2017).

É importante frisar que, na medida em que o capitalista compra e gerencia a mercadoria FT, o capital se valoriza a partir de trabalho não pago ao trabalhador. Neste sentido, ao término do processo produtivo, será pago à FT apenas o valor referente a sua reprodução, aos seus meios de subsistência (valor de troca), e não seu valor pela produção de riqueza social (valor de uso). Esta forma de pagamento assalariado, prevista em contrato com capitalista, corresponde ao pagamento de apenas parte da jornada de trabalho, aquela necessária à reprodução do trabalhador (MARX, 2017).

No ciclo da produção e circulação da mercadoria, o valor excedente (mais-valor) é apropriado pelo capitalista privadamente. Esta relação é de *exploração*, uma vez que, ao não pagar a jornada completa ao trabalhador (valor de troca e valor de uso), apropria-se da riqueza para geração de lucro. Em Marx, o processo de produção é a unidade do processo de trabalho e da formação de valor, isto é, de produção de mercadorias na forma capitalista. Em outros termos, para Marx, a soma do tempo de trabalho necessário (horas de trabalho necessárias para produção de valor suficiente para a reposição da sua força de trabalho) e o mais valor (horas de trabalho excedente na produção de valor) é o tempo da *jornada de trabalho* diária (MARX, 2017).

Tomando por pressuposto a forma específica de construção da jornada de trabalho diária, Marx aponta que, para além da determinação do tempo de trabalho necessário, se configura nesta relação uma tensão constante para prolongamento da jornada, tendo em vista a máxima extração de mais valor. Assim, o tempo da jornada de trabalho diária é variável, determina-se conforme os limites físicos, sociais e políticos na relação da *luta de classes* (MARX, 2017).

O conflito entre capital e trabalho é representado, para Marx, na seguinte antinomia: de um lado, os limites físicos e sociais dos trabalhadores para alongamento da jornada e o seu direito como vendedor de sua mercadoria a estabelecer sua jornada determinada; de outro, os capitalistas, como direito de consumidor, impelidos a usufruir da mercadoria, aumentando, sempre que possível, ao máximo a extração de mais valor. A luta de classes é inevitável e, neste sentido, “Entre direitos iguais, quem decide é a força” (MARX, 2017 p. 309).

Durante os séculos XVI e XVII, o capital impôs aos trabalhadores prolongamentos intensos da jornada de trabalho, respeitando tão somente o limite de repouso e alimentação para reposição mínima da FT no período de 24h. Diversas estratégias para atender a voracidade do capital foram utilizadas. Entre elas, a pressão de grande contingente populacional à disposição no mercado de trabalho e a valorização do capital em determinado momento. Segundo Marx (2017, p. 341):

O que a experiência mostra aos capitalistas é, em geral, uma constante *superpopulação*, isto é, um excesso de população em relação às necessidades momentâneas de valorização do capital, embora esse fluxo populacional seja formado por gerações de seres humanos atrofiados, de vida curta, que se substituem uns aos outros rapidamente e são, por assim dizer, colhidos antes de estarem maduros.

Ressalta-se, no entanto, que longas lutas jurídicas, sociais e políticas foram travadas no decorrer destes séculos e do seguinte, para se conquistarem legislações mais ou menos completas, com alguns limites para exploração com a regulação do trabalho. Desde interesses em disputa entre as frações de classe capitalista (expansão e concorrência no mercado), parlamentares, condições insalubres de trabalho para mulheres e crianças, até a pressão de movimentos organizados dos trabalhadores e jurídicos favoráveis a ambientes minimamente salutar para a realização do trabalho influenciaram na correlação de forças e no desfecho (sempre parcial) da *luta de classes*. A luta entre as duas classes fundamentais – burguesia (detentores do meio de produção) e proletariado (detentores apenas da sua FT) – é estrutural no modo de produção capitalista, justamente pelo caráter antagônico de seus interesses (MARX, 2017).

Na economia política marxista, oriunda da teoria do valor-trabalho, o trabalho é considerado medida de valor e determinante de valor (CARCANHOLO, 2011, 2007), ou seja, produz o valor da mercadoria e o realiza na possibilidade de trocas entre objetos diferentes na sociedade capitalista. Na concepção marxista, segundo Carcanholo (2012), o processo de trabalho no capitalismo apresenta, além do seu *conteúdo* (perspectiva ontológica) de produção de valores de uso, uma *forma* expressa em valor de troca. Isto é, na sua forma mercantilizada, é trabalho assalariado (CARCANHOLO, 2012).

De acordo com Carcanholo (2012), o *trabalho produtivo* no capitalismo é aquele que tem como conteúdo a criação do valor (de uso necessário à reprodução da força de trabalho e à sociedade), mas que, sobretudo, também assume a forma assalariada para produzir mais-valia e excedente de valor que dá origem ao lucro, juros e outras rendas para o capitalista. Para o autor, as perspectivas da forma e do conteúdo do trabalho produtivo no capitalismo são importantes, podendo-se dar destaque mais a uma característica que a outra, a depender da questão em análise. Por este estudo estar relacionado à compreensão dos aspectos do processo de trabalho da enfermagem na conjuntura de crise (do capitalismo), buscaremos compreendê-lo no contexto histórico-social concreto. Neste sentido, entende-se que pode ser considerado como um trabalho produtivo no setor de serviços; e segundo, a discussão para além do *conteúdo*, como produtor de valores de uso, envolve a sua *forma* produtora de mais-valia e/ou valor excedente no contexto da reprodução ampliada do capital contemporâneo.

Seguindo a discussão de Carcanholo (2011, 2012, 2007), deve ser incluído na categoria *trabalho produtivo* o trabalho e os trabalhadores dedicados indiretamente à transformação de matéria-prima, qual seja produtor de uma mercadoria tangível ou intangível, como os “serviços” em que o consumo se realiza no ato da sua produção. Dessa forma, pode haver processos produtivos que assumirão o formato “mercadoria-serviço”, tal como analisado por Marx no setor de transportes (CARCANHOLO, 2012, 2007).

Os trabalhadores assalariados que participam nos “custos” do processo de produção capitalista realizam o *trabalho improdutivo*, isto é, não produzem mais-valia e estão relacionados ao capital comercial (CARCANHOLO, 2012, 2007). Entretanto, de acordo com Carcanholo (2007), do ponto de vista da totalidade da reprodução do capital, para além da produção e apropriação de mais-valia no processo produtivo individual, há também apropriação do excedente-valor produzido (valor de uso social) do conjunto de trabalhadores coletivos na sociedade. Segundo o autor, há *transferência de valor* para o capital na forma de “lucro adicional”, considerando que a reposição da FT realizada como salário indireto através de políticas sociais não será ressarcida no salário do trabalhador pelo capitalista. Nesta

perspectiva, os profissionais da saúde pública, de acordo com Carcanholo (2011, p. 159, grifo nosso):

[...] produzem valor e excedente-valor que não são pagos pelos que imediatamente usufruem, que, se são trabalhadores, têm o valor da sua força de trabalho repostou ou ampliado. Não só o excedente, mas o próprio valor público reaparecerá nas mãos dos capitais que contratam os trabalhadores sem que lhes custe nada (salvo quando pagam impostos correspondentes). **Se esses trabalhadores são produtivos, aquele valor e aquele excedente se transformam em mais lucros para o capital global. A atividade dos mencionados profissionais funcionários públicos é, então, duplamente produtiva; não só o excedente que produzem, mas todo o valor reaparece como lucro do capital.**

Carcanholo (2011, 2012, 2007) aponta para restrição operada na categoria trabalho produtivo na sociedade capitalista, uma vez que não são todos os trabalhadores que estão subsumidos diretamente ao capital (tais como os trabalhadores domésticos, serviços públicos, por exemplo). Por outro lado, tal categoria se amplia ao considerarmos a categoria trabalhador coletivo na perspectiva da totalidade e reprodução ampliada do capital. Desta forma, a combinação de vários trabalhadores individuais assalariados no processo produtivo capitalista, a partir da divisão social do trabalho, apresenta um caráter cooperativo, sendo o trabalhador um órgão do trabalho coletivo que exerce funções fracionadas, mas que, em seu conjunto, produz um valor de uso social (MARX, 1980 apud CARCANHOLO, 2012).

Na perspectiva do pensamento feminista marxista, ainda há uma distinção importante a ser realizada sobre a categoria trabalho que diz respeito ao *trabalho reprodutivo*. Para Silvia Federici (2019), o trabalho reprodutivo é aquele historicamente relacionado ao espaço doméstico feminino invisibilizado de *reprodução da FT*. Este formato de trabalho está associado à discussão sobre o papel de gênero e à exploração individual da mulher no núcleo familiar.

Há uma diferença entre a acepção de trabalho produtivo e improdutivo no âmbito do trabalho reprodutivo social. Para Silvia Federici (2019), o trabalho doméstico feminino pode ser considerado produtivo, por estar submetido ao cálculo do valor da FT (salário) da família, apesar de não ser remunerado. Já Arruzza e Bhattacharya (2020) apontam três formas principais de organização do trabalho reprodutivo sob a forma assalariada: em setores não produtivos (serviços nos setores públicos), em serviços pessoais (empregadas domésticas, trabalhos de cuidado em casas particulares) e no setor privado: “[...] las trabajadoras de McDonald’s, las mozas, las cocineras, las enfermeras en clínicas privadas: todas ellas están produciendo una buena cantidad de valor. Este sí es trabajo reproductivo que, al mismo tiempo, es trabajo productivo en el sentido de la producción de valor bajo el capitalismo.” (ARRUZZA; BHATTACHARYA, 2020, p. 48).

Segundo Cinzzia Arruza e Tithi Bhattacharya (2020), o termo reprodução social é utilizado em sentido amplo na teoria marxista para se referir às condições gerais de manutenção da ordem social capitalista. No entanto, para o feminismo marxista, a Teoria da Reprodução Social (TRS) refere-se mais especificamente à reprodução da força de trabalho, focada no papel e na opressão de gênero na ordem social do capital; isto é, nas causas da produção e reprodução da opressão de gênero no capitalismo. De acordo com as autoras, a TRS afirma que o trabalho reprodutivo é predominantemente realizado por mulheres ou feminizado, recorrendo ao papel do gênero feminino como forma natural do “lado amoroso” das mulheres, também no âmbito do trabalho de Reprodução Social da FT. Neste aspecto, podemos pensar, inclusive, em uma relação muito próxima à identidade profissional da enfermagem que, frequentemente, recorre ao papel de gênero e religioso para justificar um trabalho quase caritativo aos extratos da classe trabalhadora mais pauperizada.

Arruza e Bhattacharya (2020) apontam que a reprodução da FT se estende ao âmbito coletivo, sobretudo pelo trabalho nos serviços públicos da assistência social, educação e saúde para manutenção da *Reprodução Social da FT*. Não obstante, não são necessariamente trabalhos produtivos, a depender da sua inserção concreta na relação social de trabalho. De acordo com Arruza e Bhattacharya (2020 p. 38/39, grifo nosso), reproduzir a FT:

En primer lugar, significa regenerar al trabajador o la trabajadora; segundo, significa mantener y regenerar a la familia de la trabajadora (o a las trabajadoras en un sentido ampliado). Este es un punto central que señala Lise Vogel en su libro: cuando hablamos de reproducción social tenemos que tener en cuenta que no estamos hablando sólo del trabajador o la trabajadora que intenta vender su fuerza de trabajo en forma directa en el mercado, sino de la clase obrera en su conjunto, incluyendo a los que no trabajan, los niños, los adultos mayores y los enfermos, o sea, todos aquellos que no pueden trabajar. En tercer lugar, significa producir a las nuevas trabajadoras, o sea, la reproducción biológica. También en este punto Vogel realiza una distinción muy importante en su libro. Cuando habla de reproducción generacional de la fuerza de trabajo, ella distingue la reproducción biológica en tanto producción de nuevas trabajadoras, de la reproducción cotidiana de la fuerza de trabajo, en tanto mantenimiento de la fuerza de trabajo. **Es decir que la reproducción generacional de la fuerza de trabajo implica, en primer lugar, que las trabajadoras tienen que existir, es decir, que tienen que ser producidas biológicamente; pero en segundo lugar, que tienen que reproducirse cotidianamente; necesitan reponer fuerzas no sólo físicamente sino también mental y psicológicamente.** Y esto implica la socialización de las futuras trabajadoras, más allá de si tienen chances de ingresar al mercado de trabajo y encontrar un empleo.

As autoras chamam atenção para o caráter da Reprodução Social da FT diferenciada para grupos específicos da classe trabalhadora e como essa forma mantém valores distintos da FT para venda no mercado de trabalho. A FT no pauperismo absoluto está mais sujeita a valores menores (salários menores, condições mais precarizadas). É neste ponto que se encontram as sobredeterminações do racismo, do sexismo e do machismo na reprodução

ampliada do capital: os processos diferenciados de Reprodução Social da FT produzem formas objetivas distintas de alienação, dominação e exploração da mais-valia entre mulheres e homens, transexuais, *gays*, lésbicas; entre brancos e negros, conjugadas à subjetivação da opressão racial e de gênero¹ (ARRUZZA; BHATTACHARYA, 2020). Neste sentido, produção e reprodução se relacionam de forma complexa, condicionando processos diferenciados de exploração:

Lo que debemos tener siempre en mente es que, pese a que puede no haber una jerarquía en términos políticos, sin embargo, la extracción de plusvalor y el proceso de acumulación tienen efectos condicionantes sobre el sistema en su conjunto. **El proceso de trabajo, el modo en que es extraído el plusvalor, la cantidad de plusvalor que se extrae, todos esos factores tienen efectos condicionantes sobre el sistema en su conjunto. Determinan la duración de la jornada laboral, determinan qué tipo de luchas son necesarias; si la tasa de ganancia cae, determina qué servicios sociales se recortan, etc. Eso no significa que el capital tiene control directo sobre la esfera reproductiva pero sí significa que la acumulación de capital tiene efectos condicionantes en el conjunto del sistema.** (ARRUZZA; BHATTACHARYA, 2020, p. 45, grifo nosso)

Na produção capitalista, o trabalho pressupõe uma divisão social e uma técnica do trabalho que se diferencia no processo de transformação da matéria, nos instrumentos e ofícios, realizado por trabalhadores parciais. Vale ressaltar que a divisão técnica é subsumida à divisão de classe.

Conforme Ramos (2007), pelo trabalho são produzidos valores de uso, a partir da transformação da natureza, gerando a criação de bens e serviços e conhecimentos como resultados do processo empreendido coletivamente pela humanidade. Na produção capitalista, o conhecimento e a realização do trabalho passam a ser exigidos de forma combinada e conjunta entre diferentes trabalhadores, sendo parcializado e separado do trabalhador individual. Sendo assim, a separação entre concepção e realização da produção manifesta-se em divisão entre *trabalho intelectual* e *trabalho manual* (RAMOS, 2007).

No entanto, trabalhos manual e intelectual não são compreendidos de forma dicotômica, ou seja, todo trabalho possui maior ou menor grau de intelecção e se apresenta como um processo de manifestação objetiva da subjetividade humana em determinado contexto histórico (AMORIM, 2014a). Contudo, ao passo em que há maior concentração de

¹As formas diferenciadas de Reprodução Social da FT reproduzem valores reduzidos da FT para determinadas camadas da classe trabalhadora em relação direta à negação ou redução do acesso aos serviços essenciais para manutenção da vida: “**La TRS muestra una imagen mucho más aterradora: que el racismo se despliega en el nivel de la reproducción de la fuerza de trabajo. Las escuelas, los servicios de salud, el agua y el aire envenenados (porque sus casas están construidas cerca de zonas contaminadas por la polución o los desechos industriales): todos esos procesos contribuyen a la construcción de diferentes niveles de fuerza de trabajo y también al mantenimiento de ideas racistas en la sociedad.**” (ARRUZZA; BHATTACHARYA, 2020, p. 42, grifo nosso)

capitais e maior socialização da produção, aumenta-se a complexificação da divisão social do trabalho e amplia-se a fragmentação do processo de trabalho, incluindo a divisão entre trabalhos manual e intelectual em diversificadas maneiras de composição do trabalhador coletivo (AMORIM, 2014a, 2018; DAL ROSSO, 2014; HUWS, 2014; PRADO, 2004).

Em relação ao debate sobre *trabalho material* e *trabalho imaterial*, as categorias associam-se ao conteúdo do trabalho (mais espiritual, subjetivo ou manual) ou ao seu produto (tangível ou intangível). Não obstante, a despeito das análises que vinculam a possibilidade de o trabalho ser “mercantilizável” ou não a partir destas categorias, caminhamos na compreensão de que o *trabalho imaterial*, sendo passível de medição e controle pelo capital, pode ser “mercantilizado”, isto é, ser *trabalho produtivo* a depender da condição concreta em que se insere (AMORIM, 2014a; ANTUNES, 2018; DAL ROSSO, 2014; HUWS, 2014; PRADO, 2004). De acordo com Dal Rosso (2014, p. 85):

Serviços produzem mercadorias, valor e mais valia quando estiverem presentes as condições de serem executados por trabalho assalariado contratado, com o fim de realizar ganhos e se, por meio do trabalho, houver produção e circulação de mercadoria de tal modo que o valor se realize, resultando em mais valia que pode ser apropriada pelos contratadores ou por outras agências do capital.

As transformações no mundo do trabalho, a partir dos anos de 1970 e adoção de um novo padrão de acumulação capitalista, manifestaram-se na maior expansão da produção capitalista para o setor serviços (ANTUNES, 2018). Agrega-se a esta expansão a introdução de aparatos cada vez maiores das Tecnologias de Comunicação e Informação (TIC) nos processos de trabalho por meio da chamada “terceira revolução industrial” (CARCANHOLO, 2011).

De acordo com Carcanholo (2011), historicamente o que se pode observar do incremento do aparato tecnológico no capitalismo não é a diminuição da exploração, mas exatamente o contrário, o aumento da exploração e da precarização do trabalho. Neste sentido, o autor pontua que a incorporação das inovações tecnológicas no processo de trabalho gera o aumento da produtividade e a vantagem concorrencial do capitalista, possibilitando desde a redução dos salários e troca da FT mais qualificada por outra menos qualificada até ao barateamento da cesta de consumo dos trabalhadores e o valor da FT, justificando redução salarial. Segundo o autor,

O resultado das inovações tecnológicas no trabalho, como Marx já o demonstrou, é a sua intensificação, a inclusão do restante da família do trabalhador no mercado de trabalho como força de trabalho barata, o aumento do exército industrial de reserva e a conseqüente redução dos salários. (CARCANHOLO, 2011, p. 156)

Segundo Huws (2011), teses como a da “desmaterialização” da economia foram desenvolvidas com base na substituição de bens físicos materiais por serviços intangíveis e incorporação das TIC em três tipos de atividades relacionadas à reprodução da FT: cuidado; desenvolvimento de “capital humano”; e trabalho do conhecimento. Entretanto a autora alerta sobre o caminho implacável da expansão do capitalismo, assim como sobre a constante criação de novas mercadorias e a “materialização” do trabalho e dos produtos para serviços, a partir da incorporação das TIC, seguindo a produtividade orientada para o lucro (HUWS, 2011).

O que talvez seja novo é a introdução, em larga escala, de novas tecnologias não somente dentro do processo de produção de mercadorias, mas também dentro de sua distribuição. A criação dos mercados globais para mercadorias produzidas em massa tem gerado imperativos para aumentar a eficiência desta força de trabalho ligada à distribuição, e, na verdade, introduzir formas inteiramente novas de atingir consumidores em potencial e persuadi-los a comprar. Em alguns casos, isto tem produzido o efeito bastante paradoxal de recriar a ilusão de um retorno à customização de produtos, tal como na época anterior à produção em massa. Assim, por exemplo, existem agora páginas na Internet nas quais você pode enviar suas medidas para encomendar uma calça jeans talhada, de forma precisa, de acordo com suas próprias dimensões individuais (contanto que você esteja preparado a selecionar a partir de um menu de estilos padrões de um único fabricante). A informatização de partes do processo de produção tem sido combinada com o uso de novas TICs para criar uma ligação interativa direta entre o consumidor e o fabricante (*just in time*). Isto também tem o efeito de cortar vários intermediários (tais como o atacadista e o varejista) e de reduzir o risco do fabricante de produzir demais, ou de produzir os produtos errados, quase a zero: somente aquilo que já foi pedido pelo consumidor precisa ser produzido. Neste caso, entretanto, ainda existe uma mercadoria material que tem que ser fabricada, empacotada e entregue, passando por distâncias físicas, para seu consumidor. (HUWS, 2011, p. 36)

Huws (2014) destaca que o trabalho digital tem sido cada vez mais utilizado nos processos produtivos, variando desde “[...] operação de ferramentas de comando digital, manutenção de *software*, geração de produtos imateriais ou da supervisão de outros trabalhadores ocupados nesses processos.” (HUWS, 2014 p. 21). Além disso, imbricados nas atividades de serviços, fica cada vez mais difícil fazer a distinção entre os tipos de trabalho, dada a natureza cada vez mais genérica e padronizada dos processos de trabalho (HUWS, 2014). Agrega-se a esta característica a inserção cada vez mais terceirizada na contratação dos trabalhadores, a partir de empresas com funções e clientes diferentes, a inserção em diversos ramos de atividades que, no entanto, podem ser realizadas em centros de serviços compartilhados (HUWS, 2014).

De acordo com a autora, trata-se de identificar a cadeia de produção de valor no capitalismo globalizado, a partir da mercadoria intangível produzida no setor serviços. Neste sentido, aponta que a mediação tecnológica ao mesmo tempo que obscurece o processo

produtivo no setor serviços, favorece a ampliação da divisão dos processos de trabalho, a vigilância centralizada e o controle de complexos produtivos globais (HUWS, 2014).

Huws (2011, 2014) observa a articulação deste processo à presença de um processo de racionalização e padronização dos trabalhos intelectuais semelhantes a *taylorização* dos trabalhos manuais, sob o controle e favorecimento voltados para a produção capitalista. Neste sentido, a autora indica que o uso das TIC, a exemplo dos *call centers*, favorece a personalização dos serviços, garantindo uma base de dados pessoais para o trabalhador sobre o cliente, além do uso de *scripts* que padronizam a resposta, reduzindo a necessidade de qualificação do trabalhador (HUWS, 2011, 2014).

[...] na década de 1990, a divisão do trabalho evoluiu até um ponto no qual uma parte substancial da força de trabalho está engajada em trabalho “não-manual” – na geração ou processamento de “informação” (embora este trabalho, todavia, envolva o corpo em uma série de atividades físicas, tal como bater em um teclado, o que tem implicações para o bem-estar fisiológico). O desenvolvimento da tecnologia da computação tornou possível que essa informação fosse digitalizada e alguns aspectos de seu processamento fossem automatizados, e o desenvolvimento da tecnologia de comunicações possibilitou que essa informação fosse transmitida de um lugar para outro com grande rapidez e a um custo muito baixo. Estas tecnologias em combinação têm tornado possível que muitos destes processos sejam padronizados e, em consequência, tornou-se possível monitorar os trabalhadores pelos resultados, e realocar a operação em qualquer parte do globo onde a estrutura correta esteja disponível, juntamente, com uma força de trabalho com a qualificação apropriada. (HUWS, 2011, p. 40)

De acordo com Amorim (2011), desde os anos de 1970, o capital foi desenvolvendo seu aparato de controle sobre o trabalho “cognitivo”, ampliando a exploração com associação de técnicas de produção taylorista-fordista às novas formas de captura e persuasão subjetiva dos trabalhadores. Para o autor, aprofundou sua dominação política e econômica de produção no controle das capacidades intelectuais dos trabalhadores, sobretudo a partir de “metodologias ágeis” na organização da força de trabalho.

Autores como Ricardo Antunes (1999, 2018), Henrique Amorim (2011, 2014a, 2014b), Úrsula Huws (2011, 2014) e Reinaldo Carcanholo (2011, 2012, 2007) vêm demonstrando em sua produção que há uma crescente transformação da produção capitalista em direção à ampliação da precarização do trabalho no setor serviços. Especialmente no dito trabalho imaterial, através da revolução tecnológica, “internet das coisas” e TIC, na “indústria 4.0” alinhando-se à expansão capitalista mundializada. Estas transformações no modo de produção capitalista acontecem sistematicamente em um *continuum* de reestruturação produtiva, desenvolvidas a partir do próprio processo contraditório de acumulação do capital e seu caráter intrínseco de crise.

1.3 Crise na sociedade do capital

Na teoria marxista, a crise, para além das conjunturas cíclicas econômico-políticas, é a manifestação própria da forma da produção e reprodução social do capitalismo. Por esta perspectiva, é imprescindível trazer o debate da crise “global” no contexto amplo do desenvolvimento do modo de produção capitalista.

O capitalismo, ou a forma de ser histórica sob o domínio do capital, se apresenta a partir da necessidade abstrata da valorização do valor. A propriedade altamente concentrada de recursos sociais precisa converter-se em capital, extrair valor e valorizar-se. Essa é a necessidade de suas classes dominantes e ela é imposta a todos. Isso significa que, do ponto de vista da produção da vida material, massas crescentes de seres sociais devem estar em concorrência e aptas para assegurar a atividade concreta que permite valorizar o valor, isto é, o trabalho do qual se extrai mais-valor. (FONTES, 2017, p. 410)

Para tanto, partimos do pressuposto da crise como um processo estrutural de precarização da vida e do trabalho regido pelo desenvolvimento da acumulação capitalista, tomando como ponto de partida para sua compreensão a formulação teórica de Marx sobre a *Lei Geral da Acumulação Capitalista* (MARX, 2017). Destarte, entende-se que a produção capitalista é pautada pela produção de mais valor, cuja fonte é a exploração do trabalho que possibilita um constante processo de acumulação de capital:

A contínua reconversão de mais-valor em capital apresenta-se como grandeza crescente do capital que entra no processo de produção. Este se torna, por sua vez, o fundamento de uma escala ampliada da produção, dos métodos nela empregados para o aumento da força produtiva do trabalho e a aceleração da produção de mais-valor. (MARX, 2017, p. 700)

Vejamos como se desenvolve o processo de acumulação no capitalismo. Em momentos de crescimento da economia, emprega-se uma maior massa de trabalhadores no processo produtivo. Não obstante, na medida que as empresas incorporam mais trabalhadores na produção capitalista, aumenta-se o preço (remuneração/salário) da força de trabalho, tendendo a reduzir proporcionalmente as taxas de acumulação (MARX, 2017). Esta ameaça é respondida pela reação quase imediata de redução dos salários da força de trabalho e/ou não contratação de mais trabalhadores. Neste sentido, a força de trabalho (capital variável) tende a ser substituída pelo maior investimento em meios de produção (tecnologias, capital constante). A incorporação de meios de produção no processo de trabalho aumenta a produtividade do trabalho, possibilitando a vantagem na concorrência para venda das mercadorias em relação a outros capitalistas do ramo específico (MARX, 2017).

A luta concorrencial é travada por meio do barateamento das mercadorias. O baixo preço das mercadorias depende, *caeteris paribus*, da produtividade do trabalho, mas esta, por sua vez, depende da escala de produção. Os capitais maiores derrotam, portanto, os menores. Recordemos, ademais, que com o desenvolvimento do modo de produção capitalista cresce o volume mínimo de capital individual requerido para conduzir um negócio sob condições normais. Os capitais menores buscam, por isso, as esferas da produção das quais a grande indústria se apoderou apenas esporádica ou incompletamente. A concorrência aflora ali na proporção direta da quantidade e na proporção inversa do tamanho dos capitais rivais. Ela termina sempre com a ruína de muitos capitalistas menores, cujos capitais em parte passam às mãos do vencedor, em parte se perdem. (MARX, 2017, p. 702)

Paralelamente à disputa concorrencial, vai se desenvolvendo a ampliação da produção capitalista, a qual, por meio do sistema de crédito, aprimora os meios técnicos de grandes empreendimentos industriais (MARX, 2017). Desta maneira, ocorre a centralização dos capitais pela incorporação de um mesmo ramo de negócios, seja pela falência de outros capitais seja pela formação de sociedades anônimas. Ademais, a centralização aumenta a extensão de estabelecimentos industriais e o desenvolvimento das forças produtivas “[...] para a transformação progressiva dos processos de produção isolados e fixados pelo costume em processos de produção socialmente combinados e cientificamente ordenados.” (MARX, 2017 p. 703).

Estes processos ampliam e aceleram as mudanças na composição técnica do capital, reduzindo ainda mais a demanda relativa de trabalho, isto é, de capital variável em relação ao capital constante. A desproporção entre meios de produção (capital constante) e força de trabalho (capital variável) no processo produtivo manifesta a *tendência à queda da taxa de lucro* descrita por Marx, imprimindo um caráter cíclico de crescimento e estagnação na economia capitalista (MARX, 2017).

A *crise cíclica* é, portanto, parte do processo de acumulação e desenvolvimento das contradições do capitalismo. Em cada conjuntura cíclica, a concorrência dispara a aceleração das transformações no sistema e reestruturação produtiva, considerando que a sobrevivência dos capitais individuais depende do aumento da exploração e diminuição dos custos de produção. Quanto maior a escala, maiores as condições de implementação de mudanças tecnológicas e na organização do trabalho que beneficiam um capital em detrimento de outro, favorecendo as revoluções na composição técnica do capital e reduzindo a demanda relativa de trabalho (BOTTOMORE, 2001; MARX, 2017; SINGER, 1996).

As crises cíclicas alternam entre momentos de prosperidade seguidos de declínios na produção, determinados pela queda tendencial da taxa de lucro. Não obstante, a contínua desestabilização econômica e política cíclica do capital é seu próprio motor de expansão constante. O movimento contínuo e crescente da reprodução ampliada do capital reduz

substancialmente a parcela da população empregada no processo produtivo, criando um verdadeiro contingente populacional fora do mercado de trabalho, o qual Marx denomina de “superpopulação relativa” e “exército industrial de reserva”² (MARX, 2017). Cabe dizer que este metabolismo, responsável pela marginalização de massas crescentes de trabalhadores pauperizados, é parte fundamental do modo de produção capitalista. De tal forma que a concorrência entre os trabalhadores favorece a pressão de rebaixamento dos salários e proporciona as margens de manobra do capital para retomada das taxas de lucro entre os ciclos de crescimento e estagnação (MARX, 2017). A *Lei Geral da Acumulação Capitalista* é assim elaborada por Marx (2017, p. 719/720, grifo nosso):

O pauperismo constitui o asilo para inválidos do exército industrial de reserva. Sua produção está incluída na produção da superpopulação relativa, sua necessidade na necessidade dela, e juntos eles formam uma condição de existência da produção capitalista e do desenvolvimento da riqueza. O pauperismo pertence aos *faux frais* [custo morto] da produção capitalista, gastos cuja maior parte, no entanto, o capital sabe transferir de si mesmo para os ombros da classe trabalhadora e da pequena classe média. **Quanto maiores forem a riqueza social, o capital em funcionamento, o volume e o vigor de seu crescimento e, portanto, também a grandeza absoluta do proletariado e a força produtiva de seu trabalho, tanto maior será o exército industrial de reserva. A força de trabalho disponível se desenvolve pelas mesmas causas que a força expansiva do capital. A grandeza proporcional do exército industrial de reserva acompanha, pois, o aumento das potências da riqueza. Mas quanto maior for esse exército de reserva em relação ao exército ativo de trabalhadores, tanto maior será a massa de superpopulação consolidada, cuja miséria está na razão inversa do martírio do seu trabalho. Por fim, quanto maior forem as camadas lazentas da classe trabalhadora e o exército industrial de reserva, tanto maior será o pauperismo oficial. Essa é a lei geral, absoluta, da acumulação capitalista.**

De acordo com Mészáros (2011a, 2011b), para além da tendência contínua à desestabilização da economia (produção e acumulação), o capitalismo é um sistema sociometabólico com uma processualidade devastadora das condições de sobrevivência humana. O autor aponta que desde o final do século XX, o sistema encontra-se em uma crise estrutural, desafiando a reprodução sociometabólica, seja pela destruição do meio ambiente/natureza; seja pelo imperativo humano de relação em sociedade, frente à precarização estrutural do trabalho e da vida.

Para Mészáros (2011a, 2011b), no momento em que o capital atinge o ápice de expansão territorial, tornando-se “global”, ativa os limites do seu próprio modo de reprodução

² Marx refere ao aumento constante de uma população trabalhadora: “adicional relativamente excedente, isto é, excessiva para as necessidades médias de valorização do capital e, portanto, supérflua.” (MARX, 2017, p. 705). No entanto, o movimento dinâmico da acumulação do capital total dessa população representa uma funcionalidade específica para esta dinâmica, sendo uma alavanca para a acumulação e necessária para o modo de produção capitalista: “Ela [população excedente] constitui um exército industrial de reserva disponível, que pertence ao capital de maneira tão absoluta como se ele o tivesse criado por sua própria conta. Ela fornece a suas necessidades variáveis de valorização o material humano sempre pronto para ser explorado, independentemente dos limites do verdadeiro aumento populacional.” (MARX, 2017, p. 707)

sociometabólica ao encontrar barreiras estruturais para sua expansão ilimitada. De tal maneira que os efeitos da “incontrolabilidade do capital” atingem maiores proporções na atualidade, diante da elevada concentração e centralização do capital global e das respectivas contradições a serem enfrentadas para continuar expandido. No entanto, a crise continua podendo ser manejada e temporariamente solucionada, proporcionando algum alívio na tensão social, sobretudo gerando expansão e reversão da queda da taxa de lucros, com papel ativo do Estado.

O sistema do capital desenvolve-se em uma espiral cumulativa de expansão, deslocamentos de contradições e crises cíclicas conjunturais cada vez mais profundas, considerando a incapacidade de realização de planejamento real da totalidade das atividades de produção. Desta maneira, os interesses concorrenciais dos capitalistas individuais provocam sistematicamente as precipitações de crises econômicas do capitalismo (MÉSZÁROS, 2011a). Na fase monopolista e transnacional, é incapaz de proporcionar alívios efetivos às causas dos problemas estruturais, agindo sempre nos efeitos e consequências diante das crises para manter sua ordem de reprodução ampliada. Sem qualquer preocupação com o futuro, manipula as condições limitadoras e relativiza as restrições reais dos recursos e dos espaços para sua expansão (MÉSZÁROS, 2011a).

Sob domínio da “mediação primária” de regulação econômica da reprodução biológica e sociometabólica dos indivíduos, a organização social é pautada por sua racionalidade própria quantitativa (expansão do lucro), em detrimento da qualitativa (atendimento às necessidades humanas) (MÉSZÁROS, 2011a; MORAES, 2018). O “custo”, sob sua perspectiva quantitativa mecanicista, converge para a compreensão restrita da eficiência (benefício) como crescimento e desenvolvimento estritamente econômico (MÉSZÁROS, 2011a).

Mészáros aponta um conjunto de “mediações de segunda ordem”, as quais proporcionam a subordinação do trabalho ao capital no nível macro (trabalho) e no nível micro (familiar, institucional) da reprodução social. Consolidam a reprodução do *status quo* pela incorporação subjetiva de “valores da ordem”, em determinado período histórico, nas respectivas práticas sociais internalizadas e protegidas no sistema do capital (MÉSZÁROS, 2011a; MORAES, 2018). De acordo com Mészáros (2011a), as mediações agem como verdadeira “rede desorientadora”, na qual os indivíduos particulares estão inseridos, aparentemente atomizados em grupos sociais e localizados em pontos pré-determinados na estrutura socioeconômica do sistema, assim como os Estados Nacionais em posições mais ou menos favoráveis na divisão internacional do trabalho (MÉSZÁROS, 2011a).

Tais mediações perpassam e reforçam os seguintes aspectos da reprodução social: a constituição e organização da família nuclear, a alienação dos meios de produção e as “personificações do capital”, o dinheiro no desenvolvimento do intercâmbio social, o objetivo da produção submetido ao imperativo da acumulação de capital, o controle do trabalho apartado da sua realização, as diversas formações dos Estados Nacionais e o poder incontrolável do mercado mundial, que impõe a adaptação dos indivíduos à sua lógica concorrencial e conflituosa na sociedade (MÉSZÁROS, 2011a).

Estas mediações são cumulativas, mas não são uniformes, sendo redimensionadas qualitativamente, conforme conjuntura histórica, isto é: são dialeticamente determinantes e determinadas (MÉSZÁROS, 2011a; MORAES, 2018). Entretanto, reforçam o poder objetivo do sistema do capital, de dominação estrutural estabelecida, especialmente pela aceitação social da mística de “livre” e “espontânea” escolha individual. Desta maneira, conformam um sistema de mediações (primária e secundárias) dialeticamente relacionadas que, segundo Mézáros (2011a, p. 188):

É um sistema claramente identificável de mediações que, na forma adequadamente desenvolvida, subordina rigorosamente todas as funções de reprodução social – das relações de gênero e família até a produção material e a criação das obras de arte – à exigência absoluta de sua própria expansão, ou seja: de sua própria expansão constante e de sua reprodução expandida como sistema de mediação sociometabólico.

De acordo com Mézáros, o entrelaçamento destas mediações de segunda ordem proporciona uma verdadeira força opressora ao capital, principalmente pela predominância da “razão econômica” em todos os domínios da vida social. Instrumentos econômicos se interpõem no controle político sobre a reprodução social e espraiam sua lógica de racionamento em diversos aspectos da vida social: dos meios e processos de trabalho até a população disponível no “exército industrial de reserva” (MÉSZÁROS, 2011a).

Além disso, sob a égide econômica, as mediações favorecem: ao controle com alto grau de “homogeneização” das formas e instituições de intercâmbio social em âmbito global; à restrição da meta da atividade econômica voltada à acumulação e à expansão; e à consolidação de uma “igualdade formal” e “desigualdade substantiva” como norma de funcionamento da ordem social (MÉSZÁROS, 2011a).

[...] graças às mediações de segunda ordem do capital cada uma das formas primárias é alterada de modo a se tornar quase irreconhecível, para adequar-se às necessidades expansionistas de um sistema fetichista e alienante de controle sociometabólico, que subordina absolutamente tudo ao imperativo da acumulação de capital. Por exemplo, é por esta razão que, no sistema do capital, a meta teimosamente perseguida de reduzir os “custos de produção”, tanto os materiais como os do trabalho vivo e a concomitante luta contra a escassez mostram fantásticas realizações, de um lado, para em seguida anulá-las completamente de

outro, criando as mais absurdas carências e ‘apetites artificiais’ que para nada servem, a não ser para a reprodução, cada vez mais dissipadora, dessa ‘ordem econômica ampliada’. (MÉSZÁROS, 2011a, p. 213)

Segundo o autor, os “limites absolutos” do sistema do capital indicam a determinação mais profunda das crises cíclicas, em relação ao modo de controle sociometabólico, demonstrando o aprofundamento das consequências do deslocamento e expansão das contradições a cada ciclo de crise. Entretanto, a capacidade do capital em ultrapassar os obstáculos das crises cíclicas econômicas não significa que a crise estrutural tenha sido superada (MÉSZÁROS, 2011a). Menos ainda que o sistema e suas “personificações” sejam detidos por uma percepção racional espontânea destes limites. A tendência é, ao contrário, que se busque ampliar cada vez mais os espaços de manobra das crises cíclicas, dentro dos próprios limites estruturais do sistema do capital (MÉSZÁROS, 2011a).

As correções dos problemas deste processo sociometabólico, portanto, vão sendo realizadas com uso de manipulação dos obstáculos e extensão ao extremo das formas e mecanismos de mercantilização, especialmente a partir do comando central de poder político do capital, o Estado. Apesar disso, a aplicação das medidas corretivas estatais sempre depende da capacidade de resistência e enfrentamento da classe trabalhadora na luta por outro modo de produção sustentável, responsável e consciente da relação produtiva entre a humanidade e o ambiente natural, buscando, em última instância, igualdade e qualidade de vida substancial para o conjunto da sociedade (MÉSZÁROS, 2011a).

Importa discutir aqui as manifestações dos limites absolutos do capital, considerando seus impactos na demanda de atenção à saúde, diante do aprofundamento da fragilização da qualidade de vida da população, mas, sobretudo, para compreender suas implicações nas mudanças de configuração dos processos de trabalho dos profissionais de saúde, cada vez mais permeados pela “mercantilização” da saúde e dos seus serviços (JANSEN-FERREIRA, 2018; POLLOCK, 2016) Mézáros (2011a, 2011b) aponta para conjuntos de grandes contradições do capital global relacionando-as aos limites absolutos ativados na questão ambiental, na desigualdade de gênero e situação das mulheres, no desemprego crônico e nos antagonismos relacionados aos interesses das corporações transnacionais e Estados Nacionais.

No que diz respeito à questão ambiental, o autor trata da impulsão expansiva do capital que busca romper as barreiras e fronteiras nos territórios naturais e culturais, sem preocupação com as consequências destrutivas para os recursos renováveis e não renováveis da sociedade. Rompe, inclusive, se necessário, com a produção de valores de uso para as necessidades humanas. Neste sentido, a degradação da natureza, ou mesmo os sofrimentos

sociais gerados pela expansão produtiva e progressiva da mercantilização dos recursos fundamentais para a sobrevivência humana não são consequências significativas para o desenvolvimento do capitalismo, ao passo que a imposição de restrição ou limitação à expansão é sinônimo de crise econômica (MÉSZÁROS, 2011a).

A contradição entre a necessidade de expansão constante e a destruição e/ou usurpação dos recursos que asseguram condições sociometabólicas elementares de sobrevivência é um limite absoluto do capital que ativa a crise estrutural do sistema com graves consequências para a humanidade. Tais eixos destrutivos podem vir pela indução de necessidades artificiais para compra constante de quantidades cada vez maiores de produtos, mesmo que sejam prejudiciais para a saúde, ou supérfluos (“necessidades de luxo”); podem incentivar o consumismo desenfreado (realizado de maneira desigual entre os países e classes) bem como estimular a invasão e devastação de territórios para exploração de recursos naturais para realização do processo produtivo (MÉSZÁROS, 2011a).

A expansão quantitativa é o critério pelo qual a saúde do sistema é medida e, portanto, todas as ponderações sobre qualidade – em relação a qualquer espécie de necessidade social, inclusive a saúde infantil sob riscos cada vez maiores – devem ser implacavelmente abandonadas em subordinação à necessidade da autorreprodução ampliada do capital. (MÉSZÁROS, 2011a, p. 262)

Em se tratando da situação das mulheres e da desigualdade de gênero, a contradição da expansão capitalista está relacionada entre as possibilidades concretas de liberação da mulher do seu papel no trabalho reprodutivo no âmbito da “família nuclear”³ e a incorporação massiva das mulheres no mercado de trabalho (MÉSZÁROS, 2011a). Nesse sentido, o núcleo familiar monogâmico é uma das principais vias para reprodução das mediações de segunda ordem, isto é, para a internalização e transmissão aos indivíduos dos valores da ordem estabelecida (em seus aspectos autoritários, hierárquicos e legais da ordem da propriedade e herança). Em contrapartida, a utilização da mão de obra feminina e o respectivo barateamento dos custos da força de trabalho no processo produtivo também é fundamental para o sistema do capital em sua expansão⁴ (MÉSZÁROS, 2011a; MORAES, 2018).

³Arruzza e Bhattacharya (2020) agregam que a questão da defesa da família heteronormativa burguesa é o horizonte de unidade familiar no capitalismo por ser a forma mais “confiável” e mais barata (horas de trabalho doméstico não pago) de reproduzir a força de trabalho, além de reproduzir os valores da ordem. Neste sentido, a “ideologia de gênero” é uma preocupação central na manutenção da ordem social capitalista, considerando que pode desestabilizar a unidade primeira de reprodução da força de trabalho caso as meninas e mulheres não reproduzam de forma estável estes valores de gênero e sexualidade monogâmicos e heteronormativos.

⁴ Sobre a contradição da extralimitação do trabalho feminino produtivo e reprodutivo, fica visível quando a maioria dos membros da família nuclear são convocados a trabalharem jornadas extensas nas fábricas, no período inicial do capitalismo: “Sobre la causa de la muerte de Ann Galway, de 45 años de edad, el 16 de

Kolko (1988 apud MÉSZÁROS, 2011a) apontou que a incorporação das mulheres no mercado de trabalho veio acompanhada de uma tendência generalizada ao rebaixamento dos salários para toda a força de trabalho. Segundo a autora, já no final do século XX, a OCDE sinalizava em seus relatórios que:

[...] os trabalhos de baixos salários são realizados por mulheres, minorias e imigrantes. Objetiva e intencionalmente, isso está reduzindo o nível salarial geral em todas essas economias. O aumento do número de mulheres na força de trabalho ocorreu em paralelo com o aumento do trabalho no setor de serviços da economia. (KOLKO, 1988 apud MÉSZÁROS, 2011a p. 272)

A expansão dos empregos para o setor serviços neste período foi acompanhada do aumento da presença de mulheres no mercado de trabalho globalmente, mas também do aprofundamento da precarização do trabalho, com peso diferenciado para elas (HIRATA, 2002). Ademais das sobredeterminações de desigualdades em condições de trabalho relacionadas à etnia, à imigração e à inserção territorial, dentro dos países e entre eles no âmbito internacional. Hirata (2002) apontava para duas tendências no mercado de trabalho para as mulheres:

(1) a bi-polarização do trabalho assalariado feminino, ao lado de uma maior diversificação de tarefas e funções e de um crescimento da minoria significativa de mulheres pertencentes à categoria estatística ‘profissões executivas e intelectuais’; (2) o desenvolvimento do setor de serviços e o impacto de novas profissões também polarizadas em termos de relações de gênero, classe e raça/etnia. (HIRATA, 2002 p. 147)

A autora argumenta que a presença do trabalho feminino no setor serviços, especialmente nas áreas da educação, da saúde e da assistência social, manifestou uma diversificação das funções ocupadas entre as mulheres. Entretanto, observa a polarização entre trabalhos com maiores ou menores qualificação e valorização social, condicionadas também por outras determinações (HIRATA, 2002).

Hirata (2002, 2015) aponta que a “feminização do mercado de trabalho” permitiu um tímido crescimento da ocupação de mulheres em cargos de maior qualificação e poder decisórios, principalmente nos países centrais do capitalismo. E, por outro lado, aumento expressivo da ocupação de mulheres no âmbito dos “serviços pessoais” (trabalhos domésticos e de cuidado remunerados) acompanhado por piores vínculos, condições de trabalho (jornadas parciais ou muito extensas) e remuneração. Sobretudo, com altíssimo nível de informalidade

noviembre de 1843, los periódicos describieron la vivienda de la difunta en estos términos: vivía en el núm. 3 de White Lion Court, Bermondsey Street, Londres, con su marido y su hijo de 19 años, en una pequeña habitación donde no había ni cama, ni sábanas ni mueble alguno. Ella yacía muerta al lado de su hijo sobre un montón de plumas, esparcidas sobre su cuerpo casi desnudo, pues no había allí ni frazada ni sábanas. Las plumas se pegaban de tal modo a su cuerpo, que hubo que limpiar el cadáver para que el médico pudiera examinarlo; él lo halló totalmente descarnado y lleno de parásitos. En el piso de la pieza había un hoyo que servía de retrete a la familia.” (ENGELS, 1845 apud ARRUZZA; BHATTACHARYA, 2020, p. 52)

em países do capitalismo periférico para mulheres negras, indígenas e imigrantes (neste caso, em países centrais) (HIRATA, 2002, 2015).

De acordo com a autora, a despeito dos empregos formais gerados, a ocupação das mulheres nestes postos de trabalho associa-se à massa de força de trabalho feminina precarizada e subvalorizada de outras mulheres (imigrantes, negras, indígenas) que assumem os trabalhos domésticos e de cuidado, enquanto as primeiras cumprem a jornada de trabalho no mercado formal (HIRATA, 2015). Ainda assim, aponta que os empregos gerados não demonstraram diferenças significativas no contexto do trabalho reprodutivo familiar. Isto é, o trabalho doméstico e de cuidados, quando não realizado por outras mulheres, continua com carga desigual entre homens e mulheres e articulado ao domínio da afetividade na relação hierárquica e subordinada no núcleo familiar, deixando intacta a relação estrutural da divisão sexual do trabalho (HIRATA, 2002, 2015; HIRATA; KERGOAT, 2007).

De acordo com Hirata e Kergoat (2007), o conceito de divisão sexual do trabalho, além de estar relacionado à diferenciação cultural e ideológica entre “papéis sociais” feminino e masculino, indica a configuração de um sistema social de gênero. Neste sentido, os trabalhos realizados majoritariamente por mulheres são sistematicamente hierarquizados e subordinados em condições desiguais no contexto social. Desta forma, não se trata de um problema apenas do campo da formação cultural e ideológica, mas um processo objetivo de redução do valor social do trabalho feminino (HIRATA; KERGOAT, 2007).

Trata-se de uma materialidade específica do posicionamento de gênero relacionado às mulheres no conjunto da estrutura social. Para Kergoat (2002), a divisão sexual, como uma forma de divisão social do trabalho, apresenta dois princípios organizadores: o de separação e o hierárquico. Segundo a autora, enquanto o primeiro diz respeito à categorização de trabalhos que são considerados de “homens” em separado dos que são considerados de “mulheres”; o segundo hierarquiza o valor social do trabalho de acordo com sua categorização, qual seja, trabalhos de homens (masculinos) possuem mais valor social que o de mulheres (feminino). Neste sentido, aponta que a qualificação⁵ revela a problemática da distinção política entre as esferas pública e privada e seus reflexos na construção subjetiva individual e coletiva de formas de inserção no trabalho profundamente diferentes entre homens e mulheres (KERGOAT, 2002).

Para os homens, o trabalho assalariado é "natural", coextensivo da virilidade. Ou, em outras palavras, o conceito de trabalho foi pensado de modo coextensivo ao de virilidade. Então (e estamos esquematizando ao máximo), o trabalho em geral e a

⁵ Qualificação entendida como relação social, isto é, é atribuída a partir da existência ou não de regras produzidas e estabelecidas socialmente para a ocupação no trabalho (GUIMARÃES, 2008).

qualificação em particular podem desembocar na constituição de coletivos. Não dizemos aqui que isto seja fácil, mas apenas que não há solução de continuidade entre grupo dos homens/trabalho/qualificação/virilidade. No grupo social das mulheres, as coisas são bem diferentes. No caso destas, auto definir-se e mostrar-se, individual e coletivamente, como "qualificadas" é um processo extremamente complexo. (KERGOAT, 2002 p. 51)

Ao qualificar o trabalho, no interior da complexidade das relações sociais de sexo, foram atribuídas distinções entre homens e mulheres. Assim, são consideradas ‘qualidades inatas’ típicas do trabalho reprodutivo às mulheres (senso de relações que são da esfera do cuidado e trabalho doméstico). Em relação aos homens, ‘qualidades inatas’ são relacionadas à esfera do trabalho produtivo (competição, agressividade, poder, força física). Neste seguimento, os últimos são muito mais valorizados socialmente, no âmbito do mercado formal de trabalho, que as mulheres (KERGOAT, 2002).

Entretanto, segundo a autora:

É preciso opor qualidades e qualificação; além do mais, à essa primeira oposição, é preciso acrescentar a seguinte: a qualificação masculina, individual e coletiva, é construída socialmente; as qualidades femininas remetem ao indivíduo ou ao gênero feminino (ou antes ao gênero tal como se encarna em cada ‘indivíduo’), e são adquiridas por meio de um aprendizado erroneamente vivenciado como individual, por ocorrer na esfera dita do privado; assim, elas não são valorizadas socialmente. **Daí uma relação de força em sua desvantagem com os empregadores, e sabemos que é destes também que a qualificação vai resultar. É, portanto, um verdadeiro ‘desaprendizado’ que as mulheres devem empreender para poderem reivindicar coletivamente o reconhecimento de sua qualificação e, eventualmente, entrar em luta.** (KERGOAT, 2002, p. 52, grifo nosso)

A estas questões correspondem implicações importantes para entender a subordinação e hierarquização da mulher na divisão social do trabalho. Sobretudo, pela desvalorização social dos trabalhos realizados majoritariamente por mulheres no mercado de trabalho e dificuldades relacionadas ao enfrentamento das desigualdades ultrajantes nas condições de trabalho. Não obstante, a pauta da emancipação das mulheres é colocada em questão sobre diferentes perspectivas na organização social e na luta feminista. Do ponto de vista da Teoria da Reprodução Social (TRS) no feminismo marxista, este processo das relações sociais de sexo⁶, raciais e exploração fazem parte da complexidade do sistema próprio da acumulação do

⁶ De acordo com Cinzia Arruda e Tithi Bhattacharya, a diferença entre a perspectiva de análise das relações de sexo do feminismo materialista francês, autora de referência Danièle Kergoat, é de matriz teórica no sentido de aprofundar a análise da forma específica de acumulação capitalista a partir da síntese de relações de sexo, raciais e exploração. Esta questão, em última instância, se relaciona às análises diferenciadas entre as teorias da interseccionalidade e TRS: “El fenómeno de la opresión de las mujeres excede el capitalismo pero fue completamente transformado por el capitalismo, y decir “transformado” no es lo mismo que decir “integrado”. Fue transformado justamente por la necesidad de subordinar la reproducción social a la producción de valor, la producción de ganancia. Yo diría que esa es la diferencia teórica más grande con el feminismo materialista francés. En última instancia, a nivel teórico, la diferencia está relacionada con el poder explicativo que nosotras le damos a la producción de valor y a la acumulación de capital para explicar ciertas dinámicas históricas. En un sentido, somos marxistas heterodoxas, pero en otro sentido, somos marxistas muy ortodoxas en la medida en que

capital que gera as condições e a forma específica de opressão tanto de gênero como racial no capitalismo (ARRUZZA; BHATTACHARYA, 2020).

No âmbito da defesa das liberdades individuais, em sintonia com o pensamento liberal, a cota da emancipação política feminina é o horizonte possível no sistema do capital. Tem como pauta principal a busca por “igualdade de oportunidades” e ampliação da “ocupação das mulheres” em espaços decisórios de poder, visando estabelecer uma “igualdade formal” pelas vias jurídicas no sistema do capital. Neste sentido, apesar das importantes conquistas das lutas feministas para emancipação política, tais como o direito ao voto e a venda da força de trabalho no mercado, estas ainda não foram capazes de solucionar problemas associados à subordinação e hierarquização do trabalho das mulheres na sociedade, tanto no mercado formal de trabalho, como no núcleo familiar (MÉSZÁROS, 2011a; MORAES, 2018).

Para Mézáros (2011a), os problemas relacionados à hierarquização e subordinação do trabalho das mulheres é absolutamente importante para a emancipação humana, com “igualdade substantiva”. Entretanto, o autor aponta que não são concretamente solucionáveis, nos termos dos interesses econômicos e políticos da ordem social capitalista, pois “[...] a questão da igualdade deve ser confinada ao que é compatível com a divisão hierárquica do trabalho social prevalecente, reforçando e perpetuando a subordinação do trabalho com todos os recursos políticos à disposição do sistema.” (MÉSZÁROS, 2011a, p. 293).

A contínua expansão do sistema contraditoriamente necessita tanto de aumentar a produtividade (mudar sua composição orgânica) e aumentar o círculo de consumo como, também, manter suas configurações estruturais na divisão social do trabalho e reprodução ampliada. O efeito contraditório desse processo é a expansão através da socialização da produção e centralização e concentração do capital, com aprofundamento das desigualdades estruturais na sociedade, em que o trabalho reprodutivo da mulher no núcleo familiar é tão importante quanto a sua incorporação (ou não) no mercado de trabalho em condições precárias (MÉSZÁROS, 2011a).

A carga imposta pelo sistema do capital sobre as mulheres para manter a família nuclear está se tornando cada vez mais pesada, e a situação delas no espectro da pobreza está sempre mudando para pior, em vez de ser aliviada como pretendia a retórica da ‘oportunidade igual para as mulheres’ e da ‘eliminação de qualquer discriminação de gênero’. (MÉSZÁROS, 2011a, p. 303)

De acordo com Mézáros (2011a), aqui reside uma contradição importante relacionada à “extralimitação” do capital para com as mulheres, as quais assumem elevadas cargas de

realmente creemos que la acumulación de capital es el “corazón latiente” del capitalismo y es el lugar donde hay que mirar para ampliar la mirada. La acumulación tiene, para nosotras, un gran poder explicativo del conjunto de los fenómenos sociales.” (ARRUZZA; BHATTACHARYA, 2020, p. 65)

exploração tanto no âmbito do mercado de trabalho, como na manutenção da “família nuclear”.⁷ Neste sentido, o limite absoluto do capital desde o final do século XX, com a incorporação das mulheres ao mercado de trabalho, associa-se à fragmentação e perda do núcleo familiar como *locus* de reprodução no “microcosmo” dos “valores da ordem”, (atribuídas ao trabalho reprodutivo das mulheres), considerando que também as requisitam no mercado de trabalho formal sob condições ultrajantes (MÉSZÁROS, 2011a).

O impacto da crise estrutural do capitalismo e sua expansão para as mulheres trabalhadoras da área da saúde é da maior relevância para entendermos a situação da enfermagem. Importa dizer, neste momento, que a massa de trabalhadores que ocupou estes postos no setor serviços de *care* e da área da saúde é composta por mulheres, especialmente por enfermeiras, coincidindo com o avanço da “feminização do mercado de trabalho”⁸ (HIRATA, 2002, 2015). De fato, segundo o mais recente relatório de estatísticas mundiais em saúde da OMS, pode-se observar a presença majoritária de mulheres no trabalho em saúde: cerca de 76% do total da força de trabalho no setor é feminino, em que 56% correspondem às profissionais de enfermagem, com 90% de mulheres em sua composição (WHO, 2020).

Ademais da constatação de que as mulheres compõem maciçamente o quadro funcional do trabalho em saúde, liderado pela enfermagem, também são visíveis as condições desiguais de trabalho para esta categoria em detrimento de outras da área da saúde compostas majoritariamente por homens, tal como a medicina (BONNIOL et al., 2019; SHANNON et al., 2019). A segregação ocupacional de gênero persiste e se manifesta na remuneração e nas condições contratuais de trabalho com diferenças abismais entre as profissões da saúde tanto no setor privado como no público. O setor privado é ocupado principalmente por médicos em trabalho liberal e ambos os setores são ocupados por enfermeiras assalariadas em condições desiguais (BONNIOL et al., 2019).

⁷ A perspectiva de superação da hierarquização e subordinação da mulher no núcleo familiar, pelo feminismo marxista, está relacionada, principalmente, à socialização de todo o trabalho de reprodução social. Diferentemente das teorias de autonomização dos espaços comunitários, autogeridos para a reprodução social em detrimento da socialização deste trabalho pelo Estado, a perspectiva do feminismo marxista coloca no cerne da questão a responsabilidade do conjunto da sociedade pela reprodução social (ARRUZZA; BHATTACHARYA, 2020).

⁸ O estudo de Shannon et al. (2019) sobre o processo de “feminização do mercado de trabalho” na área da saúde aponta o paralelismo entre aumento dos postos de trabalho no setor ocupados por mulheres e a piora nas condições salariais. “Increasing proportions of women in the health workforce was also associated with a decrease in wage conditions over time relative to the general workforce. This is consistence with the cross-sectional analysis reported by Tidjens et al. who reported that increasing proportions of women over selected health occupations were associated with decreasing wage rank. Although health workforce wage conditions deteriorated in most country groups, women’s wage conditions were consistently worse than men’s.” (SHANNON et al., 2019, p. 11)

Women represent around 70% of the health workforce but earn on average 28% less than men. Occupational segregation (10%) and working hours (7%) can explain most of this gap, but even when considering “equal work” an “equal pay” gap of 11% remains. (BONIOL et al., 2019, p. 5)

No estudo de Shannon et al. (2019), as tendências macroeconômicas apontam para a desvalorização e precarização da força de trabalho, na medida em que se incorpora mais mulheres em todas as categorias das profissões de saúde. A disparidade salarial de gênero⁹ **entre e dentro** das categorias profissionais da saúde é reconhecida em todos os países, mas é maior, sobretudo, nos países periféricos do capitalismo (SHANNON et al., 2019).

No contexto de uma expansão e simultaneamente feminizando a força de trabalho de saúde global, nossos resultados sugerem que quanto mais mulheres entram em um grupo profissional, as diferenças salariais de gênero aumentam e as condições salariais das mulheres diminuem em relação à força de trabalho geral. Este achado foi particularmente pronunciado nos países de renda média-baixa do que naqueles de renda média-alta, cujas proporções crescentes de mulheres empregadas na área da saúde entre 2006 e 2014 foram associadas ao aumento da disparidade salarial de gênero e deterioração geral das condições salariais. (SHANNON et al., 2019, p. 16, tradução livre)

Como Mészáros (2011a) sinaliza, os limites da igualdade nesta ordem social para as mulheres deve se adequar às margens estreitas da reprodução do capital. Na política formal, o verdadeiro interesse está em manter as disputas sob as regras e condições estabelecidas, circunscrevendo a emancipação das mulheres e dos trabalhadores em geral à democracia representativa burguesa. Nesta perspectiva, apesar dos diagnósticos empenhados da OMS relacionados à desigualdade de gênero no âmago das profissões de saúde, as mudanças e reorganização dos processos de trabalho em saúde tendem a manter e reforçar a divisão sexual do trabalho no setor serviços de saúde no capitalismo. Do mesmo modo, tendem a ampliar a “extralimitação” das mulheres (enfermeiras) com os cuidados (e práticas clínicas) além do trabalho doméstico no núcleo familiar.

⁹ É importante destacar um debate atual sobre a “questão de gênero” no trabalho em saúde que diz respeito à subvalorização das categorias profissionais associadas aos “trabalhos de cuidado e apoio”, tal como a enfermagem e cuidadores em geral, em detrimento das profissões de saúde, compostas por trabalhos ditos mais “técnicos” e “clínicos” (medicina e odontologia). O debate é fortemente marcado pela perspectiva liberal (“empoderamento”), que associa a desvalorização do trabalho da enfermagem apenas aos “estereótipos de gênero” e à “igualdade de oportunidades”, simplificando o problema à questão do acesso e aumento da qualificação para favorecer a “autonomia profissional” (qual seja, pela incorporação de mais atividades “clínicas” e “técnicas” autônomas à da medicina). Não obstante, o estudo de Shannon et al. (2019) nos aponta tendências importantes em relação aos interesses macroeconômicos obscurecidos neste debate: **“Uma força de trabalho de saúde em expansão, necessária para sustentar sistemas de saúde e alcançar as metas de cobertura universal de saúde podem enfrentar os desafios de financiamento de acordo com os tetos nos gastos com saúde pública ou tetos salariais. Como as mulheres na força de trabalho de saúde recebem salários relativamente mais baixos para trabalhos semelhantes, elas parecem fazer ‘mais por menos’. Isso estabelece um incentivo econômico perverso pelo qual o aumento do número de mulheres na força de trabalho de saúde pode ser uma ‘boa compra’, mantendo baixa a massa salarial geral da saúde.”** (SHANNON et al., 2019 p.16, tradução livre, grifo nosso)

A persistência da subordinação e hierarquização do trabalho, com aumento constante da produtividade, são indispensáveis para a reprodução ampliada do capital. Neste sentido, ainda que a produtividade do trabalho seja importante para suprir as necessidades sociais e humanas sem escassez, observam-se, nesta ordem social, abismos de desigualdades entre classes sociais, entre países, entre os sexos e etnias/raças. Há concentração de renda em um polo da sociedade e há perda da capacidade de compra e aumento dos gastos familiares em outro.

A desigualdade, como desdobramento da expropriação e desemprego próprios do processo de acumulação do capital, é base social do modo reprodução sociometabólica. E se agrava dramaticamente diante do aprofundamento da crise estrutural capitalista. No entanto, é justamente nos períodos mais críticos para o conjunto da sociedade (desemprego, fome, piora no quadro geral da saúde) que se observa o reforço ao princípio do “acionamento”, seja como forma de socializar os prejuízos dos capitais individuais no processo de concentração e centralização e/ou ampliar a exploração dos trabalhadores, ambos com incidência na captura do fundo público através de cortes nos gastos sociais e direitos trabalhistas (FONTES, 2018; MÉSZÁROS, 2011a).

Nesse interregno da crise estrutural do capitalismo desde finais do século XX, observamos a legitimação da expropriação de direitos sociais dos trabalhadores através de estratégias de privatização e dos discursos de racionamento na gerência dos serviços e gestão das políticas públicas sociais. Tais estratégias desenvolvem-se sob o manto de argumentos técnicos (“maior eficiência econômica”) no gerenciamento da “escassez” de recursos para financiamento das políticas sociais (MÉSZÁROS, 2011a).

Este processo oculta a expropriação realizada no fundo público e os interesses privados no interior do Estado; assim como os agentes políticos parlamentares (e outras “personificações do capital”) responsáveis pelas escolhas políticas na alocação dos recursos que negam, literalmente, a necessidade vital da classe trabalhadora de proteção e reprodução da sua vida, como por exemplo:

O ‘acionamento racional’ – sobre a necessidade da recomendação moral e intelectual do ‘acionamento’ nos cuidados com a saúde até nas situações de risco de vida (ou seja: a eliminação discriminadora dos que não podem pagar um seguro privado). Naturalmente, essa racionalização e essa legitimação das brutais restrições que emergem da crise estrutural do capital são apresentadas num pacote característico de untuosa hipocrisia, adornado com expressões do tipo excelência, flexibilidade e liberdade [...] (MÉSZÁROS, 2011a, p. 296, grifo nosso)

Neste sentido, a tecnocracia do gerenciamento da “escassez” nas políticas e direitos sociais vão na contramão do aprofundamento da crise estrutural e do aumento do contingente

de pessoas em condições extremas de pauperismo. Não obstante, esta problemática da “questão social” dos trabalhadores no “exército industrial de reserva” (MARX, 2017) não deixa de ser uma preocupação constante do capital, apesar de naturalizada como consequências necessárias da concorrência e do “progresso econômico”.

Segundo Mészáros (2011b, 2011a), frequentemente, a pobreza é utilizada no discurso conservador para defender medidas de controle de natalidade, diante do que denominam como “explosão populacional”. Além disso, é oportunamente empregada ideologicamente para se referir à “meritocracia”, mas, sobretudo, promovendo a internalização do valor absoluto da subordinação destes trabalhadores à condição de pobreza e previdência individual em termos morais e religiosos. Não obstante, ao contrário do discurso conservador, os problemas populacionais e do desemprego estão em relação direta com o processo de acumulação do capital e com o aprofundamento da crise estrutural (MÉSZÁROS, 2011a).

A expropriação primária desproveu grande contingente populacional das suas condições de subsistência (meios de produção), proporcionando a massa de pessoas disponíveis para o trabalho explorado. Como apontado na *Lei Geral da Acumulação* por Marx (2017), o processo contraditório do desenvolvimento do capital gera contingentes cada vez maiores dos exércitos industriais de reserva, os quais são simultaneamente funcionais para a dinâmica de acumulação capitalista.

A dinâmica de funcionamento do capitalismo produz de maneira dupla superpopulação relativa, ou exército industrial de reserva: pela expropriação daqueles cujos meios de existência possam converter-se em capital e pelo desemprego recorrente de grandes quantidades de trabalhadores. O papel dessas massas trabalhadoras desprovidas de emprego também é duplo: elas contribuem, contra a sua vontade, para reduzir o valor dos salários daqueles que conservaram seus empregos, e constituem uma reserva para momentos de expansão do capital e de implementação de novos setores, que abocanham atividades convertidas em formas de exploração capitalistas, ou investem em novos ramos de atividade. (FONTES, 2018, p. 5)

Para Fontes (2018), a leitura da expropriação deve ser a de um movimento inerente à própria dinâmica de expansão do capital, não restrita ao período primitivo de acumulação do capital. Nesse sentido, articula-se à demissão dos trabalhadores de forma complementar para oferecer massas de pessoas disponíveis ao capital (exército industrial de reserva). A autora reforça que, como expressão do desenvolvimento do processo histórico de expansão contraditória do capitalismo, sua manifestação concreta é diversa de acordo com a “escala” (da acumulação, do território e da conjuntura histórica) na reprodução ampliada do capitalismo (FONTES, 2018).

A compreensão destes movimentos no processo contemporâneo do capitalismo global envolve dois momentos conectados, os quais, além de tudo, incidem também no processo de trabalho no setor serviços:

A tendência permanente de introdução de inovações tecnológicas e organizativas nos processos de trabalho, que dispensam trabalhadores, se acrescenta a novas atividades, extremamente variadas, sobre as quais passa a incidir extração de valor. Nas primeiras, a produtividade exacerbada favorece sobrelucros; em algumas das atividades ‘novas’ (pois a maioria delas já constituíam atividades sociais, inclusive mercantilizadas, mas não estavam diretamente submetidas à extração de mais-valor, sobretudo em grande escala) as taxas de mais-valor podem revelar-se muito altas, por envolverem, ao menos inicialmente, menor composição orgânica do capital, como no caso dos processos de trabalho similares ao Uber. Ambas resultam na permanente reprodução de trabalhadores ‘livres’. (FONTES, 2017 apud FONTES, 2018, p. 8)

De acordo com Mészáros (2011a), à medida que se aumenta a população desempregada, aumenta-se a necessidade de expansão do consumo para autovalorização do capital. Segundo o autor, o receituário neoliberal aplicado no final do século XX para retomada da taxa de lucros não permitiu melhora significativa no desemprego nos países do capitalismo central. Não obstante, aponta que, apesar das parcas melhorias estatísticas com base na estratégia da “empregabilidade” (rebaixamento dos salários, benefícios e direitos trabalhistas), mal ocultou a situação do “desemprego crônico” (MÉSZÁROS, 2011a).

Mas, conforme analisa o autor, a derrota do movimento dos trabalhadores na virada do século XX para o XXI ofereceu “margem de manobra” para a crise neste período, especialmente a partir de medidas de reestruturação produtiva, “redução nos custos” com os direitos trabalhistas e proteção social. Deslocamento das plantas produtivas de indústrias transnacionais para os países periféricos e flexibilização nas condições de trabalho (menores custos da força de trabalho) estão entre as principais medidas (MÉSZÁROS, 2011a).

Os deslocamentos expansionistas do processo de acumulação do capital não o libertam da geração do desemprego. **Cabe chamar a atenção que, conforme aponta Mészáros (2011a), o desemprego é crônico e, quando não se torna possível aliviá-lo através das manobras de deslocamento e expansão, se torna realidade em todo o sistema global, sendo ativado mais este limite absoluto do capital.**

O receituário neoliberal, além de desintegrar o padrão de vida da classe média nos países do capitalismo central, aprofundou a exploração da força de trabalho nos países do capitalismo periférico. Se por um lado reduziu empregos e os salários pagos para os trabalhadores nos países centrais, por outro, aumentou postos de trabalhos ultraprecarizados

nos países do sul global¹⁰, sob o domínio das corporações transnacionais (MÉSZÁROS, 2011a).

Os enormes lucros gerados por meio da exploração obscena do trabalho barato local são um ingrediente essencial da saúde geral das transnacionais dominantes, com sede no coração do capital ocidental, e não podem ser afastadas pela defesa quixotesca do protecionismo regional, sem consequências catastróficas, não somente para as próprias companhias, mas também para seus países. (MÉSZÁROS, 2011a, p. 340)

De acordo com o autor, apesar das tentativas protecionistas no mercado interno pelos Estados Nacionais dos países centrais, o desemprego crônico já não se manifesta apenas na periferia do capital e revela a tendência ao “nivelamento por baixo que afeta diretamente a força de trabalho até nos países em que o capitalismo é avançado” (MÉSZÁROS, 2011a, p. 302). As estratégias “neocolonialistas” acabam por resultar em alívio parcial para o capitalismo central, à medida que o desemprego crônico também o afeta em seus territórios tal como vimos no desenrolar da crise de 2008, com a “explosão” do desemprego na Europa e nos Estados Unidos e o crescente aumento dos fluxos migratórios para estes países (FONTES, 2018; MÉSZÁROS, 2011a).

Assim, a atual ‘explosão populacional’ sob a forma do aumento do desemprego crônico nos países capitalistas mais avançados representa um perigo sério para a totalidade do sistema, pois acreditava-se no passado que o desemprego maciço fosse algo que só afetasse as áreas mais ‘atrasadas’ e ‘subdesenvolvidas’ do planeta. [...] a dinâmica interna antagonista do sistema do capital agora se afirma – no seu impulso inexorável para reduzir globalmente o tempo de trabalho necessário a um valor mínimo que otimize o lucro – como uma tendência devastadora da humanidade que

¹⁰Arruzza e Bhattacharya (2020) apontam para uma interpretação importante relacionada ao **racismo** deste fenômeno do ponto de vista da TRS. Para as autoras, o crescente de “população desnecessária” faz-se acompanhar tanto da expropriação (disponibilização de FT para o capital), como da “racialização” para elevar ao extremo as condições ultraprecarizadas dos trabalhadores: “[...] en ciertas situaciones el capital va a retroceder, como lo hizo en los orígenes del industrialismo de los que hablaba antes. Porque cuando el capital extermina a las comunidades forestales (‘forest people’) lo hace para construir una fábrica en la tierra de esas comunidades, por lo tanto, necesita gente para trabajar en esa fábrica. Entonces lo mejor que puede hacer es contratar a una parte de esa ‘población innecesaria’ para que trabaje en esa fábrica. Ese proceso es parte de lo que está pasando. Y todo esto sucede con una rúbrica de intensa racialización que ayuda a mantener los salarios bajos y hacer que esos empleos aparezcan como si fueran un regalo que el capital está haciendo a esa comunidad, algo que deben agradecer porque ‘son negros, qué más pueden pedir’. Esa rúbrica ideológica justifica todo el proceso que se lleva adelante. **Lo que quiero remarcar es que no podemos considerar que hay una orientación absoluta hacia el exterminio de las poblaciones racializadas porque, para ser honesta, las tareas más importantes para el capitalismo son llevadas a cabo por gente de color.** Por ende, el capitalismo no puede destruir ese capital, el capitalismo no puede permitirse liquidar todo el capital que constituye la gente de color. **Pero la racialización ayuda a mantener a la población bajo control y ayuda también a aniquilarla cuando es necesario.** Por ende, si una comunidad está luchando para preservar su territorio está perfectamente justificado traer soldados y dispararles. Si una comunidad está luchando por la preservación de un bosque, está perfectamente justificado traer a los militares y limpiar el territorio de manifestantes. Eso es lo primero que quiero decir para mirar el proceso de un modo dinámico en lugar de verlo en un modo estático.” (ARRUZZA; BHATTACHARYA, 2020 p. 63, grifo nosso). A questão é importante, inclusive para se pensar a maneira pela qual o capital busca promover a **reprodução social dessa força de trabalho em condições suficientes para mantê-la disponível sob valores reduzidos no mercado de trabalho, em um momento que a força de trabalho feminina está sendo mais requisitada no espaço do mercado de trabalho em condições precárias.**

transforma por toda parte a população trabalhadora numa força de trabalho crescentemente supérflua. (MÉSZÁROS, 2011a, p. 341)

Por último, e não menos importante, aqui reside o limite absoluto do capital relacionado à tensão na relação entre capital transnacional e Estados Nacionais. As estratégias realizadas na aparelhagem estatal são condições intrínsecas de expansão do capital, mas são permeadas por um conjunto de contradições. A contradição entre o impulso expansionista do capital globalizado e as “individualidades” e resistências particulares de cada formação social dos Estados Nacionais é obstáculo para a acumulação capitalista. Neste sentido, a despeito das “ações corretivas” realizadas no âmbito da aparelhagem estatal em favor da acumulação do capital, a “soberania” dos Estados Nacionais no sistema de economia globalizada é um problema a ser ultrapassado pelas corporações transnacionais, considerando a sua necessária expansão ilimitada (MÉSZÁROS, 2011a).

O fenômeno da “mundialização da economia” funda-se em um importante processo de financeirização do mercado internacional. De acordo com Chesnais (2001), estes termos são utilizados para designar os grandes processos de centralização e concentração do capital, como as fusões e aquisições empresarias do capital industrial e, especialmente, o financeiro a partir da década de 1970.

As estratégias de trocas comerciais realizadas por estas corporações são altamente planejadas e feitas dentro de grupos de societários e filiais situadas em localizações diversas dentro e fora do país, beneficiando-se, a partir da financeirização da economia, de amplo campo de operações e dominação mundial. São instituições bancárias e organizações de investidores compostas por companhias de seguro, fundos de pensão, sociedades de investimento financeiro coletivo, administradoras com alta concentração de ativos e clientela dispersa, associadas ao crédito de grupos financeiros e grandes bancos internacionais, em que os proprietários-acionários se utilizam de mecanismos agressivos no plano do emprego e dos salários para obtenção de lucros (CHESNAIS, 2001).

Segundo Chesnais (2001), a liberalização dos espaços de expansão do capital no quadro global permitiu a “mercantilização” irrestrita de serviços, incluindo muitos considerados direitos universais no âmbito dos Estados Nacionais. O autor aponta que esta expansão contou com forte apoio dos organismos e agências internacionais nas negociações de mercado e na mediação junto aos Estados Nacionais para privatização de diversos serviços públicos. A Organização Mundial do Comércio (OMC), como uma das principais mediadoras na negociação da comercialização de serviços, foi alvo de ataque de movimentos sociais de

resistência contra o capitalismo, em Seattle, nos Estados Unidos, na virada do milênio, sob a palavra de ordem **“o mundo não é uma mercadoria”** (CHESNAIS, 2001, p. 10).

De acordo com Fontes (2018), a expansão devastadora do capital continua avançando, entre lutas e resistências dos trabalhadores, submetendo à sua finalidade e propriedade não só os recursos naturais e meios de produção do povo do campo, mas aprofundando a expropriação nos direitos dos trabalhadores e recursos públicos, convertendo meios de vida da população em capital (FONTES, 2018).

Para a autora, o processo de expansão do capital ocorre pela produção de força de trabalho disponível e subordinação do trabalho ao capital, qual seja, **pela expropriação permanente por retirada “[...] de meios de vida parciais, fragmentos mais ou menos essenciais de uma vida já dominada pelo capital, mas ainda assim meios de vida retidos pelos seres sociais, transformando-os em capital.”** (FONTES, 2018, p. 8). Trata-se de uma relação social de expropriação constante, a qual, a partir da subordinação do trabalho ao capital, promove e resulta em um crescente de ampliação da acumulação e revoluções das formas de vida e dos meios de que são transformados em capital (FONTES, 2018).

A propriedade característica do capital tornou-se mais evidente sob o capital-imperialismo, e se expressa em massas de capital monetário, que resultam de acumulação capitalista, e que precisam urgentemente retornar à extração de valor para vivificar-se. Seu próprio movimento de concentração e centralização tende a deslocá-la da propriedade imediata dos meios de produção para o controle de todas as capacidades produtivas da vida social, independentemente de seu teor concreto. Em termos mais diretos, não se trata de um ‘capital bancário’ que devoraria o capital industrial, mas de crescente concentração da propriedade enquanto capacidade de valorizar o valor, e resulta não no desaparecimento, mas no impulsionamento feroz do capital funcionante (extrator de mais-valor) pela propriedade do capital, incessantemente reconvertido em necessidade imperiosa de valorização. (FONTES, 2018, p. 16)

Nesta chave de compreensão, o desenvolvimento da economia capitalista sob o domínio da financeirização é expressão do gigante processo de centralização e concentração de capital em nível mundial que, todavia, necessariamente precisa passar pelo processo de valorização na produção. Isto é, os investimentos financeiros precisam se alicerçar na organização de atividades de valorização do capital, qual seja, os setores de produção de riquezas na indústria, serviços, agronegócio etc. nos quais haja possibilidade de extração de mais valor a partir do trabalho assalariado (CHESNAIS, 2001; FONTES, 2018). De acordo com Bastos (2015), não se deve interpretar a “globalização financeira” apartada da esfera produtiva, como se tivessem lógicas e estratégias independentes. “Na verdade, a interdependência é marcante. A financeirização das economias desenvolvidas,

particularmente a dos EUA, induziu a uma transformação da lógica de operação das corporações multinacionais.” (BASTOS, 2015 p. 17).

Na contemporaneidade, as propriedades do capital das corporações transnacionais e investidores institucionais extraem mais valor de qualquer atividade (mercadorias tangíveis ou não). Ademais, se relacionam diretamente com a política pública, em que muitas ações vão sendo incorporadas pelos Estados Nacionais para realização das exigências da concorrência e da valorização do capital (FONTES, 2018).

Em conjunto, sua melhor definição ainda segue a verbalizada por Margareth Thatcher: ‘não há alternativa’. Não por acaso desmembram empresas para que, sob gestão de novos ‘funcionantes’, aumentem taxas de mais-valor e de lucratividade; destroem indústrias e as deslocam de um lado a outro do planeta, dividem empresas, estimulando a concorrência entre setores até então internos ao mesmo processo produtivo. Todos os processos reforçam a evidência: *a propriedade do capital não se limita aos meios de produção, mas é fundamentalmente a da capacidade (sempre com maior urgência) de fazer funcionar como capital os meios de existência, de assegurar a extração de valor (por capitalistas funcionantes, proprietários ou não), de subordinar massas crescentes de trabalhadores e de converter atividades humanas (meios de vida) em capital.* (FONTES, 2018, p. 17, grifo da autora)

Para Fontes (2018), **onde serão realizados os investimentos do capital concentrado e centralizado por estas corporações pouco importa, desde que retornem com alta taxa de lucratividade**, mas não se trata de relacionar a financeirização apenas às estratégias “rentistas”, por serem, antes, a aparência mais imediata do processo de concentração e centralização monumental do capital global (FONTES, 2018). Expropriação de fundos monetários dos trabalhadores e conversão em operações para aumento de escala da lucratividade (“capitalização”) são ações corriqueiras destas corporações, desde o final do século XX, com a mediação de políticas estatais (FONTES, 2018).

Sem a ajuda ativa dos Estados, os FMN [grupos industriais transnacionais] e os investidores financeiros institucionais não teriam chegado às posições de domínio que sustentam hoje e não se manteriam tão à vontade nessas posições. **A grande liberdade de ação da qual eles gozam no plano doméstico e a mobilidade internacional quase completa que lhes foi dada necessitaram de inúmeras medidas legislativas e reguladoras de dismantelamento de instituições anteriores e de colocação no lugar das novas. A apresentação política dessas novas medidas exigiu a alteração do termo ‘reforma’, palavra hoje despojada de seu sentido original.** Foi preciso igualmente que tratados muitos importantes fossem elaborados e ratificados – para citar apenas os mais marcantes, o tratado de Maastricht, o ‘consenso de Washington’, o acordo do livre-comércio norte-americano (o Alca), o tratado de Marrakech de 1994 instituindo a Organização Mundial do Comércio. Continuando sobre esse plano, idéias potencialmente progressistas foram adulteradas. O mesmo acontece com a idéia da Europa, onde o Ato único após o tratado de Maastricht fez da construção europeia nada além do que o quadro político e jurídico da liberalização, da autonomização e da privatização do conjunto dos países da União (CHESNAIS, 2001, p. 11, grifo nosso).

A integração mundializada do capital não diminuiu a ação e a integração dos Estados Nacionais, muito menos suas relações políticas internas, onde as disputas de interesses das

diferentes frações de classe são realizadas para ajustar “o bom clima de negócios” e expansão do capital nos diferentes países (CHESNAIS, 2001). Entretanto, a relação entre o capital transnacional e Estados Nacionais aponta para tensões importantes que, segundo Mészáros (2011a), promovem a ativação de limites absolutos do sistema do capital. Estes dizem respeito aos “antagonismos estruturais” e “inconciliáveis” associados: 1) aos perigos da concorrência mundial, frente à imprevisão e seu potencial destrutivo catastrófico (guerras); 2) a expansão e as exigências das empresas transnacionais, com suas pretensões universais de domínio sob o trabalho em todos os territórios nacionais; 3) o aumento da divisão internacional do trabalho, com aprofundamento da desigualdade entre países, sob domínio dos países hegemônicos do capital e suas lutas concorrenciais monopolistas “jogo de tudo ou nada” (MÉSZÁROS, 2011a).

[...] os limites absolutos do sistema do capital são ativados sempre que antagonismos cada vez mais sérios dos intercâmbios globais materiais e políticos exigem soluções verdadeiramente positivas, mas o modo profundamente arraigado de controle sociometabólico do capital é estruturalmente incapaz de oferecê-las. Ele tem de seguir em frente às cegas, em sua própria ‘linha de menor resistência’ – sob a lei das sempre maiores concentração e centralização – e em direção à dominação interna e internacional da ‘meia dúzia de jogadores globais’, repelindo quaisquer preocupações com os riscos explosivos de tais circunstâncias. (MÉSZÁROS, 2011a, p. 245, grifo nosso)

Com todas estas questões postas sobre o desenvolvimento do modo de produção social no capitalismo, é possível compreender a processualidade das crises nesta ordem social. Em modo de síntese do item, é preciso ratificar o que significa a crise na sociedade do capitalismo.

Primeiro, é preciso ter claro que **a crise é orgânica, inerente ao modo de produção e acumulação capitalista**. Neste sentido, de acordo com a *Lei Geral da Acumulação* capitalista (MARX, 2017), em termos bastante genéricos, o desenvolvimento específico da produção capitalista acumula riquezas para grupos cada vez menores enquanto gera a pobreza e a miséria de contingentes cada vez maiores da população. A crise é a manifestação própria da expansão do capital, a partir da ação expropriadora dos meios de produção e de vida das pessoas e subordinação do trabalho ao seu domínio e objetivo (MARX, 2017).

Em segundo lugar, **as crises apresentam caracteres cíclicos conjunturais (econômico e política), mas com profundidade e gravidade cada vez maiores na superacumulação e na tendência à queda da taxa de lucro** correspondente à proporção das necessidades concorrenciais e mudanças na composição orgânica do capital (MARX, 2017). Tal fato impulsiona constantes revoluções tecnológicas e reestruturação produtiva para retomada da taxa de lucro e continuidade da expansão. Esta retomada se dá de acordo com a

conjuntura político-social e a luta de classes historicamente situadas. Isto é, pela correlação de forças e capacidade de mobilização dos movimentos sociais e organizações dos trabalhadores para o enfretamento destas medidas de “contratendência” (MARX, 2017).

Mauro Iasi (2017) nos ajuda a compreender as conclusões de Marx sobre a dinâmica cíclica das crises econômico-políticas. Neste sentido, nos indica que, apesar da aparente constatação de que o “crescimento econômico” promove o aumento dos postos de emprego, salários e capacidade de consumo dos trabalhadores e, por consequência, aumento do lucro do capital, o mito deste “círculo virtuoso” não é capaz de gerar o equilíbrio entre os interesses individuais e geral do capital, pois estão em permanente concorrência (IASI, 2017).

O autor assim resume as principais conclusões de Marx no livro I do *Capital* sobre a crise cíclica, econômica e política:

a) quanto mais cresce a concorrência entre os capitalistas, menor é a livre concorrência e maior é a tendência ao monopólio; b) nas condições de uma concorrência entre monopólios, os capitalistas tendem sempre a investir mais em capital constante (máquinas, instalações, novas matérias-primas etc.) para aumentar a produtividade do trabalho, do que em capital variável (a compra da força de trabalho), alterando drasticamente a composição orgânica do capital em favor do trabalho morto; c) o resultado aparentemente paradoxal desse processo é uma tendência à queda na taxa de lucro, ou seja, **quanto mais o capital cresce, maior é a produtividade do trabalho pela aplicação consciente da técnica e da ciência ao processo de trabalho, quanto mais o capital se torna monopolista e mundial, menor é a taxa de lucro.** (IASI, 2017, p. 51, grifo nosso)

A base da disputa concorrencial se dá pela busca do aumento da produtividade, isto é, “produzir mais com a mesma quantidade de trabalho, reduzindo o valor unitário das mercadorias” (IASI, 2017, p. 65). Este processo ocorre com uso da inversão em tecnologia, instrumentos, materiais e reorganização do processo de trabalho, alterando a composição orgânica do capital que diminui o número de trabalhadores empregados e não o inverso, gerando, assim, a tendência da queda da taxa de lucro (IASI, 2017).

No auge do crescimento, o reinvestimento do capital acumulado para início de um novo ciclo produtivo é inviabilizado diante da saturação de inversão na capacidade instalada dos meios de produção, de trabalhadores empregados e de excesso de mercadorias produzidas com lucros reduzidos (superprodução e superacumulação). Portanto, o momento ápice do crescimento econômico e pleno emprego é a antessala da crise cíclica do capital que, em não conseguindo expandir, seja deslocando-se de ramo seja de região de produção, tem menores retornos nas taxas de lucro (IASI, 2017).

Como o capital é, antes de mais nada, movimento do valor em constante processo de valorização, sua crise ocorre quando esse movimento se paralisa em algum ponto do ciclo do capital: como dinheiro que não consegue virar crédito, como capacidade instalada e ociosa, como força de trabalho contratada e impedida de trabalhar, como mercadoria produzida e que não encontra o consumo na produção de sua oferta, ou,

ainda pior, como consumo realizado que alimenta a fogueira da superacumulação. (IASI, 2017, p. 52)

Além do caráter revelador dos momentos de crise em relação às demandas políticas e econômicas do capital, Iasi (2017) aponta também para a contradição entre os preceitos universais e os particularismos da ideologia liberal circunscritas na atuação burguesa no interior do Estado. O interesse geral ou “bem comum”, que baliza a ação político-econômica do Estado burguês, não coincide com a prática concorrencial de cada capitalista individual, manifestando o choque entre os interesses particulares e os do sistema como um todo na crise cíclica econômico-política.

Exatamente quando o capital, como totalidade, determina a queda nas taxas de lucro e acusa a superacumulação, é o momento em que cada capitalista tenta produzir mais um ciclo de investimento para se colocar à frente de seu concorrente. É essa ‘irracionalidade’ da concorrência que desencadeia a crise como movimento caótico e aparentemente inesperado. (IASI, 2017, p. 69)

Considerando a necessária correção das tendências das crises cíclicas econômico-políticas, Iasi (2017) resgata a discussão realizada por Marx no livro III do *Capital* sobre as estratégias de reversão da lei da queda tendencial das taxas de lucro, através das medidas de “contratendências” para retomar tais taxas. É neste momento que se faz sentir a crise econômico-política de imediato pela classe trabalhadora, pois é quem arca com os custos da manutenção do “crescimento virtuoso” (lucro) do capital. As medidas para reverter este quadro não são aplicadas igualmente em todos os territórios e dependem da posição dos Estados Nacionais na divisão internacional do trabalho e da respectiva conjuntura política social, com especial mediação do Estado. Com base na análise marxiana, as medidas de contratendência da crise cíclica são assim resumidas por Iasi (2017, p. 53, grifo nosso):

a) **aumento do grau de exploração da classe trabalhadora**, seja pelo aumento da jornada de trabalho; b) **redução dos salários**; c) **redução dos preços dos elementos do capital constante**, tais como buscando matérias-primas mais baratas, máquinas mais eficientes, subsídios para insumos e serviços essenciais como aço, mineração, energia, armazenamento, transporte e outros; d) **formação de uma superpopulação relativa**, ou seja, reunir um contingente de força de trabalho muito além das necessidades do capital e além do exército industrial de reserva como forma de pressionar o valor da força de trabalho para baixo; e) **ampliação e abertura de mercado externo** como forma não apenas de desovar o excedente produzido, como também encontrar fontes de matéria-prima e recursos abundantes barateando seus custos; f) **aumento do capital em ações**, isto é, buscando compensar a queda na taxa de lucro com juros oferecidos pelo mercado de papéis oferecidos por empresas ou por títulos do Estado.

Em terceiro lugar, **a crise é estrutural, à medida que a expansão global já ameaça a existência da humanidade (ética e humanitária) e a reprodução sociometabólica do sistema do capital ativa os limites absolutos da sua expansão** (MÉSZÁROS, 2011a). A partir do momento que a mundialização do capital, marco neoliberal, tensiona as condições

mínimas de sobrevivência dos sujeitos – destruição da natureza, deterioração das condições de vida da classe trabalhadora, extralimitação da exploração das mulheres (núcleo familiar e mercado de trabalho), instabilidades e violências – e se depara com menores margens para “manobrar” as crises cíclicas e continuar sua expansão, a crise estrutural se manifesta cronicamente, afetando paulatinamente toda a humanidade (MÉSZÁROS, 2011a).

No processo da crise estrutural, fica cada vez mais evidente a disjunção entre necessidades humanas e a produção de valor na sociedade, à medida que a expansão do capital avança, priorizando o aumento do fluxo de produtividade pela quantidade de produtos de qualquer tipo, em detrimento da qualidade, da sua necessidade e do seu uso para o bem viver da humanidade (MÉSZÁROS, 2011a). Neste cenário, os processos de trabalho em geral respondem quase exclusivamente a esta produtividade balizada pelos interesses no aumento da vantagem concorrencial para expansão do capital. Portanto, a teleologia do valor de uso (necessidade) é severamente apagada e subvertida para atender ao valor de troca (lucro). Este último é representado como a “demanda efetiva”, apreendida como capacidade de consumo individual de mercadorias, e “eficiência” com base na produção necessária para atender a este consumo em termos lucrativos e não das necessidades humanas reais (MÉSZÁROS, 2011a).

Não obstante, o sistema como um todo tem demonstrado sua capacidade de recobrar fôlegos eficazmente nos desdobramentos da crise estrutural, desde o final do século XX. Apoiando-se na intervenção estatal, cria estratégias para continuar expandindo a qualquer custo, ainda que as medidas de expansão sejam cada vez mais contraditórias e menos eficazes. Mézáros (2011a) aponta que as alternativas para alívio da crise são cada vez mais limitadas; entretanto, o sistema do capital continua funcionando enquanto houver: 1) expansão do círculo de consumo, acompanhado de uma crescente força de trabalho, com produtividade aumentada e com capacidade de absorção dos produtos disponíveis sem dificuldades; 2) força de trabalho estacionária nos países do capitalismo central que proporcionem demanda suficiente às necessidades de expansão do capital, de modo a ampliar e acelerar a taxa de consumo (MÉSZÁROS, 2011a).

As formas históricas específicas do processo da acumulação capitalista determinam a materialidade da organização social e do trabalho na sociedade. Esta determinação, desenvolvida entre os tensionamentos e conflitos entre as classes, imprime direções concretas na realização do trabalho em saúde uma vez que se relaciona à ação estatal na mediação das crises e na reprodução ampliada da ordem social.

Desta maneira, entende-se que, seja na manutenção da força de trabalho disponível para o capital seja no alívio das tensões sociais nos territórios onde estão inseridos os grupos

mais pauperizados do “exército industrial de reserva” e “superpopulação relativa”, o trabalho em saúde cumpre função fundamental na reprodução social. Enfrenta diretamente as consequências da crise do capital no agravamento das condições de vida e seus respectivos impactos no processo de saúde e doença dos indivíduos, famílias, grupos sociais e comunidades.

Além da sua função social de recuperar e manter a força de trabalho, considerando o contexto de expansão do capital para o setor serviços, os procedimentos e atos de saúde são passíveis de mercantilização. Dado o processo de aprofundamento da expropriação de direitos e sua transformação em capital, a própria força de trabalho no setor serviços de saúde e *care* torna-se alvo de produção de mais valor para o capital.

Assim sendo, cabe ressaltar que o setor vem se destacando nas análises dos organismos internacionais sob a perspectiva de atender à cobertura universal de saúde, apoiado pelas perspectivas de investimento em inversões tecnológicas e na força de trabalho (com bons padrões de produtividade, nos termos economicistas). Segundo relatório da Comissão de Alto Nível sobre Emprego na Saúde e Crescimento Econômico, instituída em 2016 pelo secretário geral da ONU e composta pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), OMS e OCDE:

The health sector is a key economic sector and a job generator. The aggregate size of the world's health sector is over US\$ 5.8 trillion per year. Across the OECD countries, employment in health and social work grew by 48% between 2000 and 2014, while jobs in industry and agriculture declined. Demand for health services will continue to increase, creating millions of new jobs. Available estimates suggest that globally each worker trained in a health occupation is supported by one to two other workers. Economic growth and development depends on a healthy population. Around one quarter of economic growth between 2000 and 2011 in low- and middleincome countries is estimated to result from the value of improvements to health. The returns on investment in health are estimated to be 9 to 1. (WHO, 2016a, p. 9)

Vale lembrar que este setor tem sido composto especialmente por mulheres, e mulheres da enfermagem. Cabe agora tentar compreender como a crise estrutural impacta na força de trabalho feminina da enfermagem na Atenção Primária. A principal mediação neste processo é a própria ação estatal na organização da política de saúde e na formação, regulação e composição da força de trabalho da enfermagem para os serviços. Portanto, para levar a cabo a tarefa de entender os aspectos da crise no trabalho da enfermagem neste nível de atenção, torna-se necessário compreender aspectos relacionados à “ação corretiva” do Estado, diante da queda tendencial da taxa de lucro e da ativação dos limites absolutos da crise estrutural do capital e sua influência direta na configuração do trabalho em geral e, em particular, na saúde.

1.4 Crise, Estado e a reestruturação produtiva no contexto dos serviços públicos de saúde

A crise a qual acompanhamos não é apenas sua manifestação cíclica econômico-política, mas o aprofundamento das contradições do modo de produção do capital *per se*. Como sinalizado anteriormente, o Estado tem funções fundamentais na mediação e tentativa de reversão da crise cíclica, apesar do seu aprofundamento vir revelando contornos graves. Frente às gritantes contradições entre as necessidades humanas sociais e de “valorização do valor” e os riscos potenciais de destruição das condições mínimas de “reprodução sociometabólica”, a crise estrutural ameaça a sobrevivência e o intercâmbio com o ambiente natural e social a partir da expansão do capital no final do século XX.

Tal quadro vem sendo analisado teoricamente desde o século XIX por Marx e gerações sucessoras do marxismo, sendo especialmente contextualizado na virada do milênio pela densa análise da crise estrutural realizada por István Mészáros na sua obra *Para além do capital*. Como discutido no item anterior, o autor aponta que os limites absolutos do capital já se demonstram como verdadeiros testes de sobrevivência da humanidade (como podemos constatar pelos danos ambientais, catástrofes e mudanças climáticas, epidemias e **pandemias**, desemprego, penúria e fome de contingentes populacionais extraordinários, guerras mundiais e locais, imigração e **extralimitação do trabalho feminino**) (MÉSZÁROS, 2011a).

No entanto, a articulação deste cenário amplo com a organização do trabalho da enfermagem encontra uma ligação especial no tratamento da questão social pelo Estado. Há ao menos duas razões importantes para tratar do papel do Estado no processo da crise: sua mediação na expansão do capital (função econômica) e na manutenção da reprodução social (função política). O trabalho em saúde articula-se não apenas à necessária atuação na questão social para recuperação da força de trabalho em geral e manutenção da reprodução social, mas também para a expansão do capital. Esta relação nos importa discutir mais detidamente neste item para compreender melhor a dinâmica da relação entre as ações estatais e a configuração do trabalho em saúde, em especial da enfermagem na Atenção Primária.

De acordo com Mészáros (2011a), a relação dos Estados Nacionais na reprodução ampliada do capital articula-se ao conjunto das inter-relações conjunturais, tendências históricas específicas de cada localidade e ao estágio evolutivo do desenvolvimento global do capitalismo, isto é, seu “momento predominante”. Assim sendo, o desenvolvimento histórico

global do capitalismo tardio diz respeito a sua fase monopolista, com peso importante do capital financeiro e corporações transnacionais. Neste estágio de evolução, as crises são cada vez mais frequentes, profundas e mais dependentes do “resgate” pela intervenção estatal, apesar da eficácia destas intervenções serem paulatinamente diminuídas (MÉSZÁROS, 2011a).

Nesta fase, Mézáros (2011a) chama atenção para os desdobramentos da maximização do lucro através da **“tendência de utilização decrescente”** para as mercadorias e do papel manipulador que o sistema do capital emprega no surgimento da demanda por elas. Considerando que, nos termos capitalistas, a compreensão de “útil” e “utilidade” são reduzidas à capacidade de ser vendável ou não, as mercadorias são tanto melhores quanto mais rápido for o seu consumo e sua nova comercialização.

Conforme o autor, considerando a escala sempre crescente da maximização do lucro, o sistema como um todo é “perdulário”, mas plenamente justificável pelos critérios capitalistas de “eficiência”, “racionalismo” e “economia”, especialmente quando os meios de produção se demonstram viáveis na rápida conversão de mais valia em novo ciclo de expansão lucrativo. Esta tendência é fundamental na expansão do capital e está relacionada ao impulso constante ao consumo, inspirando novas necessidades, tanto pela manipulação subjetiva, pela “obsolescência programada” e/ou pela intervenção estatal na criação da demanda conforme interesses do capital (MÉSZÁROS, 2011a).

Em seguimento à sua expansão indefinida, de fato o capital põe em movimento os potenciais de desenvolvimento das forças produtivas, da ciência e da tecnologia, para aumentar exponencialmente a produtividade do trabalho. Não obstante, a ampliação da produtividade é determinada pela distorção fundamental do interesse na expansão do capital que, além de não se pautar pela finalidade absoluta das necessidades humanas, precisa criar artificialmente necessidades de consumo para sua realização (MÉSZÁROS, 2011a).

Segundo Mézáros (2011a), é indispensável que a circulação e o consumo aconteçam em sinergia com o aumento da produtividade, para o desenvolvimento da acumulação e expansão em processo contínuo, em ciclos cada vez mais rápidos, para atender à corrida concorrencial. Diante das “pressões de saturação” do mercado, são forjados novos nichos de investimentos. Neste processo, a aplicação do capital acumulado tende a extrapolar o ramo específico de sua produção, realizando investimentos em ramos “qualitativamente novos”, mas viáveis do ponto de vista do controle global do processo de trabalho para produção de mais valor, assim como para circulação e consumo que atendam à sua realização (MÉSZÁROS, 2011a).

Isto implica a necessidade, por parte do capital, de perseguir uma estratégia de “realização” que não só supere as limitações imediatas da demanda flutuante do mercado, mas ao mesmo tempo tenha êxito em se desembaraçar radicalmente dos constrangimentos estruturais do valor de uso como algo subordinado à necessidade humana e ao consumo real. (MÉSZÁROS, 2011a, p. 678)

Assim, Mézáros (2011a) aponta que, por um lado realiza a “criação destrutiva” avançando por cima das barreiras de todo o tipo para sua expansão e, por outro, promove deslocamentos para aumento do “consumo destrutivo” que proporcione rapidez no ciclo de realização do capital, seguindo a lógica da “tendência de utilização decrescente” nas mercadorias. Ademais, de acordo com o autor, a expansão do capital para espaços antes não explorados segue a “linha de menor resistência”, isto é, considera a viabilidade e facilidade da linha de produção em atender à sua configuração estrutural global e à perpetuação das suas práticas produtivas tipicamente capitalistas (MÉSZÁROS, 2011a).

Ainda que a extração de mais-valia relativa seja motor do aumento da produtividade do trabalho, permitindo a expansão da produção e realização do capital, Mézáros (2011a) ressalta que tal produtividade não prescinde da mais-valia absoluta que é tão mais transparentemente visível nos países periféricos (diferencial na taxas de exploração do trabalho) e nos trabalhos precários dos países do capitalismo central. Além disso, o autor recorda que o predomínio da mais-valia relativa nos países centrais não é fruto de um “progresso civilizatório” natural, mas, antes, do próprio processo de expropriação violenta e lutas no âmbito da divisão internacional do trabalho entre os países, a despeito das teorias “modernizadoras” direcionadas aos países periféricos¹¹ (MÉSZÁROS, 2011a).

Por suposto, é exatamente esta configuração da divisão internacional do trabalho, aliada à pressão da luta de classes e movimento da classe trabalhadora, que permitiu a incorporação do *Welfare State* nos países centrais (IASI, 2017; MÉSZÁROS, 2011a; NETTO, 2013). É importante considerar que o contexto da luta de classes se relacionava aos períodos pós grande crise de 1929, às guerras mundiais e à Revolução Russa, em 1917 (IASI, 2017). As conquistas obtidas, entretanto, proporcionaram uma redefinição na “linha de menor resistência do capital”: “Dessa maneira, incorporação objetiva das “concessões”, por meio de

¹¹ A partir da perspectiva da Teoria Marxista da Dependência (TMD), a dinâmica das relações estabelecidas entre os Estados Nacionais segue a mesma lógica intrínseca de exploração do capitalismo (dominante/ dominado; desenvolvido/ subdesenvolvido e central/ periférico). Nesse sentido, entende-se o conceito de dependência como uma relação em que a economia de uma nação está diretamente condicionada à expansão e desenvolvimento da outra, ou seja, o subdesenvolvimento é uma consequência da expansão dos países desenvolvidos e representa uma subordinação em que a própria dinâmica das relações entre países periféricos/centrais traz implicações para sua respectiva organização interna social, econômica e política (CARCANHOLO, 2008). Portanto, subdesenvolvimento e desenvolvimento são questões estruturais deste modo de produção da existência em âmbito internacional, pois o eixo central de exploração, tanto o da classe dominada pela dominante, quanto o de um país periférico pelo central, é necessário para a reprodução ampliada do capitalismo.

um complexo mecanismo de *feedback*, num conjunto flexível de práticas produtivas dinâmica e institucionalmente asseguradas, amplia significativamente os limites de expansão do capital” (MÉSZÁROS, 2011a, p. 682).

Para Mézáros (2011a), as condições históricas concretas do desenvolvimento do capitalismo e da luta de classes entre os séculos XX e XXI abriram muitas possibilidades de expansão do capital no seu “momento predominante” monopolista transnacional para intensificar o lucro e ampliar a margem de manobra da crise estrutural. O sistema do capital postergou seus efeitos mais nefastos através da possibilidade de continuar expandindo globalmente, especialmente recorrendo à “taxa de utilização decrescente”. E, conforme a correlação de forças a favor do capital permitia, surgia uma menor resistência à agenda ou às demandas de avanço do capital. Essa agenda era impreterivelmente apoiada nas ações do Estado para imposição das demandas da expansão do capital, quer seja pela coerção – desenvolvimento e ameaça do aparato militar –, quer seja pelo consenso – incorporação de concessões e convencimento (MÉSZÁROS, 2011a).

De acordo com o autor, aplica-se à conjuntura da crise no final do século XX uma maneira exitosa do capital escapar pela “linha de menor resistência” com maior alcance da sua “autorreprodução destrutiva”. Esta estratégia tornou-se exitosa porque manteve a reprodução sociometabólica nas condições materiais e político-ideológicas da ordem do capital; desse modo, não houve necessidade de os capitalistas assumirem a contradição fundamental da crise. O “*continuum* de depressão” também foi proporcionando aperfeiçoamento e elaboração de estratégias e formatos para se administrar, a partir do Estado, o aprofundamento da crise estrutural do capitalismo (MÉSZÁROS, 2011a).

[...] o Estado capitalista precisa agora assumir um papel intervencionista direto em todos os planos da vida social, promovendo e dirigindo ativamente o consumo destrutivo e a dissipação da riqueza social em escala monumental. Sem esta intervenção direta no processo sóciometabólico, que age não mais apenas em situações de emergência, mas em base contínua, torna-se impossível manter em funcionamento a extrema perdularidade do sistema capitalista contemporâneo. (MÉSZÁROS, 2011a, p. 700)

Iasi (2017) alerta sobre o papel que o Estado assume na luta de classes em conjuntura de crise cíclica capitalista. Para além do gerenciamento e comando central das contratendências da queda tendencial da taxa de lucros, o Estado tende a evidenciar seu “caráter de classe” à medida que os mecanismos utilizados deixem patentes o peso dos custos que recaem sobre a classe trabalhadora. O autor chama a atenção para consequências da crise, mas, sobretudo, para os efeitos das ações contratendências no âmbito do Estado, tais como:

[...] intensificação da exploração que leva ao aumento do desgaste da força de trabalho; intensificação dos acidentes e das doenças profissionais; redução dos

salários, assim como a precarização das condições de contratação com a relativização e a perda de direitos; aumento da superpopulação relativa, que tem por base a intensificação da expropriação dos camponeses e de todos que ainda conseguem manter seus meios diretos de trabalho e que leva à explosão urbana e todas as suas consequências conhecidas no campo da habitação, dos serviços essenciais, como educação e saúde, mas também no que se refere à questão da violência e da criminalidade. **Mesmo as ações que aparentemente não se relacionam diretamente com o agravamento das condições de exploração e a precarização das condições de vida dos trabalhadores acabam por ter efeitos muito sérios sobre a vida de quem trabalha. Os subsídios e isenções ao capital para baratear os elementos do capital constante, ou ajudá-los a manter seus patamares de venda, só podem sair do fundo público e, portanto, à custa de cortes dramáticos em serviços públicos duramente conquistados.** (IASI, 2017, p. 54, grifo nosso)

O Estado e sua aparelhagem têm papel fundamental no manejo da situação de crise, evidenciando seu caráter de classe no conjunto das suas intervenções. Antes, é preciso que se clarifique a concepção do Estado e das suas intervenções, conforme conceituado pela teoria marxista. De acordo com Codato (2007), para Marx, a concepção de Estado aparece no *Manifesto do Partido Comunista* (1848), sendo concebido como “comitê administrativo dos negócios da classe burguesa”, visto seu caráter contratualista de classe. Neste sentido, as ações do Estado são resultado do desenvolvimento histórico das sociedades humanas e da necessidade de se amortecer o choque provindo das contradições sociais, geradas a partir da opressão/exploração de uma classe sobre a outra. E a funcionalidade do Estado é vista como manutenção da unidade social composta por partes desiguais, com a intenção de garantir a efetividade das relações de produção e manter a coesão social (CODATO, 2007).

No entanto, segundo o autor, há um refinamento na concepção de Marx pela percepção de que o Estado deveria ser mais ou menos autônomo em relação à classe dominante, visto a necessidade de defender os fundamentos liberais desta sociedade. O Estado capitalista pôde ser categoricamente definido pela análise de Marx sobre o golpe de estado francês de Luís Bonaparte (livro *O 18 brumário de Luís Bonaparte*).

Nesse livro, Marx demonstrou que, em certos períodos históricos, a função do Estado capitalista (a reprodução do capitalismo) pode ser cumprida melhor quando os próprios capitalistas (as classes e frações dominantes) *não* controlam diretamente o poder executivo (isto é, quando eles não são *também* a classe governante). (CODATO, 2007, p. 121)

A aparelhagem do Estado capitalista pode ser caracterizada, para além da sua especificidade funcional de reprodução das relações econômico-políticas desta ordem social, também como uma organização complexa de inúmeros “aparelhos” (instituições, organizações) com capacidade de alocar recursos e de tomar decisões, baseada em uma relação de disputas de forças sociais estabelecidas em um contexto político instável e conflituoso. Estas relações sociais estão calcadas em um poder real (decisão) e nominal

(ocupação governo), em que “[...] o ‘Estado’, é, na verdade, integrado por diferentes *centros de poder*. A força desses centros de poder não vem das próprias instituições políticas, do seu arranjo ou desenho interno, mas do poder social das classes que os controlam e/ou ocupam.” (CODATO, 2007, p. 151).

Poulantzas (2000) nos aponta a necessidade de análise das formas específicas, assumidas pelo Estado capitalista em determinada conjuntura histórica. Para o autor, as diversas mediações e determinações nas quais se inscrevem as lutas, inter e intraclasses, manifestam-se na materialidade concreta do Estado, na sua estrutura ou ossatura institucional, apresentando metamorfoses nas funções políticas e econômicas ao longo da história do capitalismo, mas favorecendo sempre a reprodução ampliada do capital e os interesses do coletivo capitalista. De acordo com Poulantzas (2000, p. 130),

[...] o Estado, no caso capitalista, não deve ser considerado como uma entidade intrínseca, mas, como aliás é o caso do ‘capital’, como uma relação, mais exatamente como a condensação material de uma relação de forças entre classes e frações de classe, tal como ele expressa, de maneira sempre específica, no seio do Estado.

As lutas de classes, inscritas no seio do Estado, refletem compromissos provisórios entre o bloco do poder e as classes dominadas, assim como compromissos materiais indispensáveis com estas para a manutenção da hegemonia da classe dominante. Assim dizendo, o aparelho de Estado desempenha, para além do papel de organizador dos interesses capitalistas (hegemonia), também o papel de desorganizar e dividir incessantemente a classe dominada e “curto-circuitar” sua organização política específica (POULANTZAS, 2000).

A incorporação de representantes da classe trabalhadora no Estado pode proporcionar compromisso material concreto, mínimo e provisório para os trabalhadores, expressando a luta de classe no seu interior. Sob esta perspectiva, as políticas públicas não são sempre coerentes e homogêneas, em direção única e clara, pois elas são expressões das lutas de classes e frações de classes, apresentando avanços e recuos, característicos da contradição interna da inscrição das lutas no aparelho de Estado (NEVES; PRONKO, 2010; POULANTZAS, 2000).

As concessões conquistadas pela classe trabalhadora presente no interior da estrutura do Estado são realizadas por ações compensatórias. Desta forma, as intervenções estatais na área social proporcionam, segundo Neves e Pronko (2010 p. 103): “[...] ações rentáveis e não rentáveis para o capital, desde que favoreçam a reprodução do conjunto do capital social,

incluindo-se nesse universo a reprodução e gestão ampliada da força de trabalho”. Estas ações lidam diretamente com a questão social¹² como parte da função político-econômica do Estado.

Neste sentido, é imperioso entender as profundas mudanças na reprodução sociometabólica a partir da década de 1970 e seus rebatimentos nas estratégias de intervenção estatal, conforme contexto da luta de classes. Segundo Netto (2013, p. 25), as últimas décadas do século XX marcaram o “exaurimento das possibilidades civilizatórias da ordem do capital”. O autor aponta a transformação da ação do Estado em relação à questão social, afastando-se do formato de intervenção pelo modelo do *Welfare State* diante da crise econômica e política do período, ou, nos termos de Mészáros (2011a), marco da crise estrutural do capital, com a adoção do receituário neoliberal como estratégia de recuperação das taxas de lucro¹³.

Draibe e Henrique (1988), em discussão sobre a crise neste período e seus impactos no modelo do *Welfare State*, apontam que na década de 1980, a OCDE convocou uma conferência para debate sobre novas estratégias de intervenção estatal no campo das políticas sociais. Conforme os autores, a conjuntura foi marcada pela polarização e disputa no campo político-ideológico, em relação à compreensão da crise e à participação do Estado na sua produção e manejo. Isto é, ressaltou-se a discussão sobre o “gasto social” frente à desaceleração do crescimento econômico e à diminuição das receitas para financiamento das políticas sociais (DRAIBE; HENRIQUE, 1988).

Segundo os autores, analistas da OCDE e intelectuais progressistas apontaram preocupações em relação à *performance* do Estado para lidar com a questão social de forma

¹² Partimos da compreensão da questão social como consequência direta do modo de produção e acumulação do capital, conforme análise de Marx na Lei Geral da Acumulação. De acordo com José Paulo Netto, “O desenvolvimento capitalista produz, compulsoriamente, a questão social – diferentes estágios deste desenvolvimento produzem diferentes manifestações da questão social; esta não é uma sequela adjetiva ou transitória do regime do capital: sua existência e suas manifestações são indissociáveis da dinâmica específica do capital tornado potência social dominante. A ‘questão social’ é constitutiva do capitalismo: não se suprime aquela se este se conservar. A análise de conjunto que Marx oferece n’*O capital* revela, luminosamente, que a ‘questão social’ está elementarmente determinada pelo traço próprio e peculiar da relação capital/trabalho – a exploração.” (NETTO, 2013 p. 6/7, grifos do autor).

¹³ Carcanholo (2008) aponta que a resposta para a redução das taxas de lucro entre a década de 1970/1980 se caracteriza por um duplo aspecto das demandas do capital: reduzir os custos salariais considerados elevados no período do *Welfare State* e reduzir a tributação sobre rendimentos que podem financiar investimentos (lucros). Além disso, fora desencadeado um processo de reestruturação produtiva “baseado na aceleração da rotação de capital”. A resposta do capital para a redução da taxa de lucros no período se caracterizou por: “[...] (i) pressão por desregulamentação e flexibilização dos mercados, em especial do mercado de trabalho; (ii) política tributária regressiva, desonerando os altos rendimentos; e (iii) redução do tempo de rotação do capital.” (CARCANHOLO, 2008, p. 251, grifo nosso). Por outro lado, a resposta à superprodução (excesso de capital que não encontrava condições de valorização em mercados “tradicionalistas” crescentes) se deu pela via do capital fictício/financeirização nos países centrais do capitalismo, isto é, por meio da transferência de recursos da periferia (dívida pública e remessas de lucros e dividendos) para os países centrais e da expansão do mercado também para outras fronteiras, na periferia do capital (CARCANHOLO, 2008).

“equânime”, focando, sobretudo, na sua eficiência em atender os grupos mais vulnerabilizados (minorias), de pobreza crescente, diante da escassez de recursos no orçamento público para as políticas sociais. Por outro lado, apontam que os argumentos de teóricos e atores políticos conservadores liberais atribuíam a situação da crise à própria intervenção do Estado nos moldes do *Welfare State*. De acordo com estas posições, a extensão dos serviços públicos em caráter universal promovia a inflação, aumentava a carga tributária para as empresas, pelo pagamento das contribuições sociais, e gerava *déficits* nas contas públicas devido ao “gasto excessivo” (DRAIBE; HENRIQUE, 1988).

Ademais, os argumentos conservadores indicavam uma “igualdade perniciosa” promovida pelos direitos universais, assim como um respectivo risco de “quebra da ética do trabalho” e “eficiência da economia” (prejuízo no impulso básico do capital: “concorrência” como incentivo ao investimento de capital e produtividade do trabalho). Além disso, colocava-se em debate a questão da burocracia, o risco do “totalitarismo” e “autoritarismo” do Estado na vida social (DRAIBE; HENRIQUE, 1988).

As propostas progressistas para solução da crise do *Welfare State* apontavam a necessidade de mudanças neste modelo de Estado, favorecendo a realização da coordenação política e econômica sob um modelo de “desenvolvimento com objetivos sociais”¹⁴ (DRAIBE; HENRIQUE, 1988, p. 75). Para atender a este “novo padrão de política social” dever-se-ia emergir uma “intervenção mais direta na estrutura do sistema” não apenas para regular a economia e melhorar resultados econômicos, mas para orientar o desenvolvimento econômico em prol dos objetivos das políticas sociais. Entretanto, o crescimento da superpopulação relativa e da questão social (aumento da pobreza, desemprego) e crise fiscal pela qual passava o orçamento público permanecia como um problema em aberto neste momento. Não apenas para a ala progressista, mas também para a ala conservadora e mais voraz de expansão do capital no setor de bens e serviços, qual seja, a que optava pela privatização dos serviços públicos na área social (DRAIBE; HENRIQUE, 1988).

Apesar da grave manifestação da questão social que já vinha se desenvolvendo no período, a solução conservadora para a crise cíclica econômico-política despontava como a

¹⁴Estas concepções relacionavam-se à análise da crise contextualizada na acumulação do capital, todavia compreendido como “desarranjo do sistema financeiro internacional” (DRAIBE; HENRIQUE, 1988, p.75). As teses progressistas do período, com maior peso no certame político para os modelos desenvolvimentistas, pautavam-se por pressupostos como: gasto público deve ter prioridade social e as políticas sociais têm um papel central tanto na estratégia de redistribuição de renda quanto na promoção de uma recuperação econômica sustentada. Assim, os bens e serviços sociais (habitação, saúde, educação, transportes públicos) seriam uma área-chave de geração de empregos; os benefícios sociais destinados a suplementar renda pessoal representam não só um ganho social, mas permitem a elevação do consumo, contribuindo na recuperação de vendas e emprego (DRAIBE; HENRIQUE, 1988, p. 76).

estratégia mais vantajosa para o capital, seguindo as concepções e teses neoliberais de um dos principais autores no período: Milton Friedman¹⁵. Como já conhecido na história, frente à crise e à fragilização dos trabalhadores na virada do milênio, o avanço neoliberal tomou corpo, iniciando-se sua implementação pelo Chile, na América Latina, na década 1970.

Entretanto, como ação contratendencial à crise no período, a proposição conservadora neoliberal, de corte dramático no orçamento para as políticas sociais do Estado, obteve finalidades político-econômicas claras: diminuir poder de barganha do trabalho e aumentar a possibilidade de redução de salários dos trabalhadores. Em contrapartida, favoreciam a reorganização do orçamento público com orientação distinta, qual seja, para aumentar o lucro dos setores privados (subsídios fiscais às empresas e incremento nos gastos governamentais no setor militar) (PIVEN; CLOWARD, 1982 apud DRAIBE; HENRIQUE, 1988).

Aqui cabe um breve parêntese para chamar atenção que tanto a Espanha quanto o Brasil tiveram uma grande capacidade de resistência da classe trabalhadora e conquistas constitucionais na luta e mobilização ao final das ditaduras franquista e empresarial-militar neste período inicial do neoliberalismo. Especialmente na área da saúde, ambos os países conquistaram a implantação do SNS e Sistema Único de Saúde (SUS), respectivamente na década 1970 e 1980, na contramão do projeto neoliberal que se instaurava no período, com a eleição de Margaret Thatcher na Inglaterra e de Ronald Reagan nos Estados Unidos da América (EUA). Estes tópicos serão discutidos nos capítulos específicos sobre os sistemas de saúde dos países.

Para Gouvêa (2012), a vitória da nova ordem social neoliberal se deu no contexto de crise do movimento dos trabalhadores, com a queda do Muro de Berlim e União Soviética, e grave quadro de desemprego. Soma-se a este contexto a revolução técnico-científica, com a respectiva incorporação das novas TIC, e a retomada da hegemonia do dólar em âmbito mundial (padrão monetário aplicado pelos EUA), permitindo ataque frontal ao trabalho: nas conquistas representadas no *Welfare State* e pela reestruturação produtiva (aumento da exploração). De acordo com a autora, o neoliberalismo apoia-se em dois pilares: “[...] das assim chamadas ‘globalizações neoliberal’ e ‘financeirização especulativa’ que, de mãos

¹⁵ Para Friedman, a intervenção do Estado seria justificada apenas sob algumas condições: “Um governo que mantém a lei e a ordem; defina os direitos de propriedade; sirva de meio para a modificação dos direitos de propriedade e de outras regras do jogo econômico; julgue disputas sobre a interpretação das regras; reforce contratos; promova a competição; forneça uma estrutura monetária; envolva-se em atividades para evitar o monopólio técnico [...]; suplemente a caridade privada e a família na proteção do irresponsável, quer se trate de um insano ou de uma criança; um tal governo, teria, evidentemente, importantes funções a desempenhar. (FRIEDMAN, 1962 apud DRAIBE; HENRIQUE, 1988 p. 73)

dadas, impuseram – nos planos econômico, político, ideológico e militar – a lógica dos novos padrões de acumulação ao redor do mundo.” (GOUVÊA, 2012, p. 3).

O “processo de neoliberalização” mais aprofundado a partir da década de 1990, segundo Harvey (2008), elimina a ideia de direitos sociais universais, no intuito de se apoderar deste nicho para a criação de novos mercados. Neste movimento, observa-se a pregação do discurso da “eficiência” nas ações estatais, na perspectiva da competitividade de mercado, criando um consentimento da suposta lógica do “Estado mínimo” neoliberal (HARVEY, 2008). Apesar desta teorização doutrinária e ideológica, o neoliberalismo, em sua efetiva aplicação prática, não prescindiu (e não prescinde cada vez mais da intervenção) do Estado para garantir, não apenas as condições econômicas, mas também as políticas, a manutenção da reprodução ampliada do capital (HARVEY, 2008; MÉSZÁROS, 2011a).

De acordo com Behring (2009), a “contrarreforma neoliberal” assume, em linhas gerais, orientações e condições que circunscrevem à política econômica dos Estado Nacionais meios para aumentar a rentabilidade do capital no contexto de mundialização e reestruturação produtiva. A autora indica que estes meios ocorrem pela aplicação de medidas de adaptação e flexibilização, buscando a atração do investimento de capitais de grupos corporativos mundiais nos territórios nacionais. Liberalizações, desregulamentações e flexibilizações são realizadas no âmbito das políticas estatais para aumentar a atração de investimentos externos, diminuindo salários e a proteção social dos trabalhadores, sob a chantagem deliberada do capital, especialmente por meio do endividamento público (BEHRING, 2009).

Para Iasi (2017), o neoliberalismo é um novo ciclo liberal contextualizado na forma monopólica de livre concorrência. A concentração e centralização realizada no período histórico anterior da acumulação capitalista¹⁶ elevou a concorrência também para este nível transacional, entre grandes corporações. Neste contexto, a realização da concorrência apresenta-se inviável sem a mediação do Estado Nacional na respectiva adequação dos mercados internos às demandas necessárias do capital. Segundo o autor, a polaridade entre mercado-Estado que atravessa o debate político entre “progressistas” e “conservadores” é, na realidade, uma estratégia ideológica na qual o Estado é, em si, o instrumento que viabiliza a expansão do capital (IASI, 2017).

¹⁶ O período de acumulação no decurso do *keynesianismo* contava com a intervenção do Estado para o equilíbrio econômico, através da regulação das variáveis-chave do processo econômico; garantia “demanda agregada” por medidas macroeconômicas, aumento do investimento público, entre outras, não financiadas por impostos adicionais, e sim pela demanda privada (gasto deficitário). Keynes defendia o capitalismo com a nacionalização ou socialização do consumo, em contraposição da socialização da produção (socialismo), sendo fonte de inspiração social-democrata para gradual transição ao socialismo (PEREIRA, 2008).

[...] o ciclo que agora se abre não será um mero retorno do regulacionismo, muito menos a possibilidade de um Estado de bem-estar social, como esperariam os mais otimistas, mas provavelmente uma nova síntese que busque enfatizar os elementos de regulação em uma ordem monopólica e de mercado. (IASI, 2017, p. 82)

De acordo com Iasi (2017), no movimento histórico e dialético do desenvolvimento do capitalismo, a “síntese entre mercado e Estado” despontou como a forma específica neoliberal para superar o *keynesianismo* e “retornar” ao liberalismo. A privatização avançou sobre empresas estatais, siderúrgicas, petroleiras, mineradoras, de telecomunicações, entre outras, apropriando-se do parque industrial do setor público (IASI, 2017).

Mas não para por aí. Planos de Reformas Administrativas para os Estados Nacionais, especialmente para os países periféricos da América Latina, Ásia e África têm sido amplamente debatidos e aplicados, no sentido de garantir uma combinação entre público e privado na política econômica estatal. Neste sentido, Iasi (2017) aponta que as mediações necessárias para lidar com a questão social são particularmente novas em sua forma: por um lado, pelo surgimento de patamares diferenciados em termos de conquistas de direitos e valores agregados à cultura da classe trabalhadora e da sociedade em geral; mas, por outro, sobretudo:

[...] pelo fato de que a ordem monopolista exigia um grau de gestão de uma superpopulação relativa que não podia prescindir de ações dirigidas às manifestações da questão social. Ocorre, então, uma síntese que caracterizará o ciclo chamado de neoliberal. O mercado receberia de volta seu protagonismo e os indivíduos deveriam buscar o acesso aos bens essenciais à vida na forma de compra de bens e serviços mercantis, mas o Estado se manteria supletivamente como garantidor de mínimos necessários à população mais pobre. Mas, para poder focar na população mais necessitada e nas áreas que realmente demandassem a atenção do Estado, este deveria se livrar de ações que não lhe diziam respeito, casualmente as áreas que interessavam ao capital monopolista. (IASI, 2017, p. 79)

Behring (2009) sinaliza que há uma forte demanda de gerenciamento da fragmentação social e territorial, promovidas pelos deslocamentos do capital internacional, o que requer reforço na ação vigilante e mantenedora da ordem social pelos Estados Nacionais articulado às necessidades das instituições financeiras e corporações do capital transnacional. Segundo a autora, o endividamento público¹⁷ articulou-se à imposição de agendas macroeconômicas para os Estados Nacionais, proporcionando o desaparecimento de empresas e empregos. Além

¹⁷ As primeiras grandes crises do capitalismo no pós-segunda guerra ocorreram com os 1ª e 2º Choques do Petróleo. Países membros da Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP) aumentaram muito o preço do combustível, encarecendo os produtos dos países industrializados. Os lucros, provindos da OPEP (petrodólares), foram investidos no euromercado, crescendo o depósito nos bancos europeus. Estes ofereceram grandes créditos a países em desenvolvimento, que assim sustentaram seus déficits comerciais, acumulando, no entanto, enorme dívida externa (SINGER, 1996). A alta inadimplência no pagamento levou à necessidade de se solicitar empréstimos aos bancos americanos, para salvar os bancos europeus. A partir disto, para “reajustamento” da economia de diversos países superendividados, foram estabelecidas medidas as quais colocaram estes países em severa e longa recessão.

disso, soma-se a crise fiscal relacionada ao aumento da informalidade e diminuição da arrecadação tributária, o que dificulta tanto a realização de regulação econômico-social interna dos países, como o financiamento das respectivas políticas sociais (BEHRING, 2009).

Portanto, a dívida pública exerce um papel importante na relação entre interesses do capital transnacional e adequação do mercado no âmbito dos Estados Nacionais. Lupatini (2012) aponta o endividamento público como uma dimensão significativa na reprodução ampliada do capital e sua relação com a reconfiguração do Estado a partir dos anos de 1980, com vistas a atender aos imperativos do capital, especialmente pelo capital financeiro.

Conforme Gouvêa (2012), a decisão unilateral dos EUA em romper com o acordo de Bretton Woods em 1971 permitiu a mundialização do sistema financeiro, baseada nas seguintes características: financiamento bancário do capital transnacional em nova divisão internacional do trabalho; surgimento dos títulos e depósitos fora dos EUA; inovações na arquitetura do sistema financeiro (depósitos a prazo e concorrência bancária); *superávits* comerciais denominados em dólar, principalmente nos países exportadores de petróleo. Lupatini (2012) aponta que este processo possibilita a arbitrariedade dos credores (“personificações do capital”) em definir a remuneração dos empréstimos.

De acordo com o Lupatini (2012), o capital fictício¹⁸, realizado por meio dos títulos da dívida pública, tem um lado invisibilizado, que é o seu lastro no pagamento dos impostos ao Estado cuja fonte real de riqueza é criada na produção através do processo de trabalho vivo (LUPATINI, 2012).

A força contemporânea deste processo de expansão do capital pela dívida pública reside na necessidade de financiamento das ações do Estado a partir dela, assim como pelo aumento progressivo de transferência de capital, por meio dos juros arbitrários cobrados nos empréstimos realizados junto a grupos e corporações transnacionais (LUPATINI, 2012).

A importância desta estratégia na reprodução ampliada do capital pode ser constatada pelo autor na seguinte afirmação: **“Entre 1981 e 2007, a relação entre dívida pública (da esfera federal) e Produto Interno Bruto (PIB) nos países da Organização de Cooperação**

¹⁸ Os efeitos da impressão ilimitada da moeda norte-americana permitem a criação do capital fictício: “Com a privatização dos riscos cambiais e associadas à necessidade de reprodução social da acumulação de capital em escala constantemente ampliada, surgem uma série de inovações financeiras – primeiramente relacionadas a formas de proteger as aplicações e investimentos da imprevisibilidade das variações cambiais através da diversificação dos mesmos, transformando-os em títulos mobiliários (ou, em inglês, *securities*) através de instituições emissoras. É por isso que esse processo de diversificação – que em pouquíssimo tempo tornar-se-ia majoritariamente especulativo – é denominado *securitização*. [...] **Cria-se capital fictício lastreado em capital fictício, criando ‘valor mobiliário’ através de títulos que sequer são os empréstimos lastreados em depósitos inexistentes, mas têm como lastro tais empréstimos, muitas vezes ‘escondendo’ ativos com baixa margem de segurança em um grupo indiscriminado de ativos, securitizado. A financeirização pela securitização, portanto, tem como ‘efeito colateral’ o aumento no nível de alavancagem do sistema como um todo, a maquiagem de carteiras de ativos podres, a facilitação da falsificação de balanços e a privatização dos riscos e socialização das perdas em uma escala jamais vista.**” (GOUVÊA, 2012, p. 14-15, grifos itálicos da autora, negrito nosso)

e de Desenvolvimento Econômico (OCDE) cresceu de 23,3% para 55,1% (os dados foram retirados da OCDE stat.).” (LUPATINI, 2012 p. 68, grifo nosso)

Lupatini (2012) chama a atenção para a relação entre a mudança no padrão monetário mundial¹⁹, a explosão da dívida pública e a reconfiguração do Estado. Segundo o autor, o endividamento público contribuiu decisivamente para alavancar a reprodução ampliada e a expansão do capital no período neoliberal, especialmente pela valorização do capital fictício (títulos da dívida). É a partir desta contradição que será desenvolvido o ciclo seguinte de acumulação e o desfecho em crise econômico-política de 2008.

A dívida pública e seu aumento não se colocam em função da morosidade, ineficiência dos estados ou benevolência destes com a classe trabalhadora, ou ainda em decorrência de problemas de gestão etc., tampouco pode ser considerada a causadora da crise. **Houve um aumento significativo da dívida, pós-2008, em decorrência da ação dos principais Estados com o intuito de evitar uma brutal desvalorização do capital fictício, para assegurar a reprodução ampliada do capital, nesse sentido, Estados benevolentes, mas com o capital.** (LUPATINI, 2012 p. 71, grifo negrito nosso e itálico do autor)

Lupatini (2012) pontua que a “curva ascendente” da relação entre dívida pública e PIB nos Estados Nacionais é uma característica marcante da crise estrutural do capital na primeira década do novo milênio. A medida contratendencial de “crédito público” para empresas e grupos corporativos nos EUA e Europa foi a estratégia adotada pelo Estado com vistas a “salvar” a economia (bancos, corporações transnacionais, grandes empresas privadas etc.), assegurando a reprodução ampliada do capital, mas com efeitos devastadores para a classe trabalhadora, aumentando exponencialmente a pobreza e desemprego no período, inclusive nos países centrais. Contudo,

Esse mesmo Estado capitalista, sob “pressão da dívida”, faz crescentes e intensos ‘ajustes’: **privatizações, ataque à previdência social, redução de pensão e salários de servidores públicos, aumento dos impostos indiretos (os quais recaem, em grande parte, sobre a classe trabalhadora), alteração de leis que minimamente asseguravam alguns direitos sociais aos trabalhadores, austeridade orçamentária e paralisia das despesas públicas etc.** (LUPATINI, 2012, p. 75, grifo nosso)

Em 2008, a crise cíclica no sistema monetário e financeiro teve como epicentro a maior potência hegemônica capitalista, os EUA²⁰, desdobrando-se para os demais países e aprofundando a recessão econômica mundial. A própria estratégia de superação do ciclo de crise econômica na década de 1970 é dialeticamente portadora de novas crises. Segundo

¹⁹ Gouvêa (2012) aponta que as reconfigurações da acumulação de capital após mudança do padrão monetário mundial e o desenvolvimento do setor financeiro no seu entrelaçamento com a produção de mais-valia têm dois efeitos imediatos: a emissão “ilimitada” de dólares (limitada politicamente pela hegemonia dos EUA) e a privatização dos riscos cambiais (e suas respectivas medidas de prevenção pela especulação).

²⁰ A garantia da hegemonia política dos EUA no mundo tem retaguarda na sua capacidade militar e na criação de consensos para a reprodução social com aprofundamento dos processos de acumulação e expansão do capital (GOUVÊA, 2012).

Gouvêa (2012), os desdobramentos da “arquitetura financeira” permitiram a expansão ampla do sistema financeiro e créditos aos consumidores privados. Os créditos privados emitidos eram securitizados por títulos, baseados especialmente no setor imobiliário, incluindo créditos àqueles com elevados riscos (*subprime*), em que a garantia era o próprio imóvel. “O empréstimo sistemático de longo prazo a mutuários com alta classificação de risco era, no entanto, impagável. A ‘crise imobiliária’ armava seu bote.” (GOUVÊA, 2012, p. 20).

De acordo com a autora, é no momento de “encurrallamento” da política monetária dos EUA, a partir de 2004, que a grave crise cíclica é disparada. O Federal Reserve (FED) – banco central estadunidense – teve que decidir entre ter de aumentar a taxa de juros para atrair investidores (compradores de títulos da dívida) e se submeter ao risco de insolvência, frente à dificuldade no pagamento dos créditos imobiliários (*subprimes*) dos mutuários. Na sequência do aumento dos juros, observou-se o aumento da dívida dos últimos e a queda das bolsas no mundo inteiro e do lucro no setor financeiro (GOUVÊA, 2012). Assim se dá o estouro da crise cíclica do capital em 2008:

[...] o total do crédito hipotecário nos EUA chegava a cerca de US\$ 10,6 trilhões, ou aproximadamente 84% do PIB. Um ‘prato cheio’ para a eclosão da crise associada à financeirização. Iniciam-se as tentativas de impedi-la: com medo do colapso do sistema financeiro disfarçado de genuína bondade e compaixão, um grupo de instituições dos EUA, entre elas o Citigroup, o Bank of America e o JP Morgan, anuncia um ‘fundo de auxílio’ de cerca de US\$ 100 bilhões, aproveitando-se para centralizar capital. Mal sabiam (ou preferiam não contar) que tampouco teriam fundos para sustentar seu ‘fundo de auxílio’ e que, dentro de um ano, suas ações também estariam no chão. Entre dez/07 (pico do ciclo expansivo interno) e fev/2008 são anunciadas medidas concertadas por uma série de Bancos Centrais ao redor do mundo e um novo pacote de US\$ 167 bilhões pelo governo dos EUA, bem como o maior ‘corte seco’ nos juros desde 1982. Nem estas medidas, **nem a facilitação do processo de centralização de capital com financiamento estatal, nem sequer a estatização temporária da IndyMac Bancorp (especializada em hipotecas Alt-A, sem documentação de rendas ou ativos) e dos dois maiores monopólios hipotecários dos EUA (FannieMae e Freddy Mac) puderam evitar, entretanto, o estouro da bolha da securitização das hipotecas, sinalizada pela quebra do 4º maior banco de investimentos dos EUA – o Lehman Brothers –, no dia 22 de setembro de 2008.** Com a precipitação inegável da crise, passa-se a uma fase de ‘contenção de danos’, na qual busca-se evitar o aprofundamento e a efetiva generalização da mesma para os demais setores da economia, para os demais países e para as demais esferas da sociedade, na medida em que, concomitantemente, busca-se justamente socializar as perdas do setor financeiro estadunidense ao redor do mundo, em um fino e perigoso fio de navalha. (GOUVÊA, 2012, p. 20/21, grifo nosso)

As consequências desta crise na “retomada da economia” emplacaram o agravamento severo das condições de vida da população ao redor do mundo. Não obstante, o fato novo foi a gravidade dos seus efeitos nos países centrais do capitalismo: desemprego elevado nos EUA e Europa, além dos Ajustes Estruturais econômicos na ‘era da austeridade’ (ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018) foram em maior ou menor medida aplicados também a estes países.

A recuperação da crise deste período, através da participação ativa dos Estados Nacionais, é fundamental para compreender seus efeitos nos serviços públicos em âmbito internacional. Apesar disso, as formas de manifestação desta crise cíclica global ocorreram de acordo com as particularidades conjunturais político-econômicas de cada território nacional²¹ (GOUVÊA, 2012). É ainda nas consequências e tentativas de retomada das taxas de lucro desta crise cíclica, e no aprofundamento da crise estrutural do capital, que estamos situados:

[...] qualquer novo período de crescimento deverá se dar, em nível global, necessariamente sobre as bases do aumento do grau de exploração dos trabalhadores e da concentração e centralização de capital como soluções para a crise, ambas acentuadas pelas características do processo de financeirização. Aprofundar-se-á, portanto, a contradição antagônica e irreconciliável entre produção socializante e apropriação privatizante. O futuro, mesmo se for de “crescimento econômico”, é tenebroso para o conjunto dos trabalhadores explorados ao redor do mundo. (GOUVÊA, 2012 p. 23, grifo da autora)

Todavia, as contradições na conjuntura deste ciclo de crise global também foram enfrentadas em diversos países no mundo, de acordo com a respectiva conjuntura particular da luta de classes com resistência e mobilização da classe trabalhadora. Neste sentido, apesar do enfraquecimento e das transformações sofridas no âmbito do sindicalismo nos anos pós-neoliberalismo e da fragilização da classe trabalhadora, novos movimentos sociais de resistência foram se reconstituindo, especialmente no marco da crise de 2008, com trabalhadores em condição precarizada. Foram observadas ondas de lutas sociais ao redor do mundo – Primavera Árabe, 15M, Jornadas de Junho, entre outras – como forma de enfrentamento do aumento exponencial da precarização e mercantilização pós-crise de 2008 (ANTUNES; BRAGA, 2014; BRAGA; SANTANA, 2015).

A sistemática da austeridade e os ajustes estruturais são ampliados no período subsequente à manifestação da crise cíclica, com severas implicações para as políticas públicas e sua capacidade em responder à questão social. Aplicados de formas distintas nos respectivos territórios nacionais, a depender da conjuntura e da inserção dos países na divisão internacional do trabalho, representam um dos efeitos mais perversos para o conjunto da sociedade, porque agravam severamente a situação de saúde, a proteção social e os serviços públicos quando a população mais precisa.

²¹ Se por um lado a Europa apresentava um quadro agudo de desemprego e implementação da austeridade (Troika), no final da primeira e início da segunda década do novo milênio, no Brasil, de acordo com Gouvêa (2012), a conjuntura era a do “novo desenvolvimentismo”: “[...] abre-se como promessa a países com influência regional como o Brasil, dadas as ‘oportunidades’ de mudança de posição associadas pelas sucessivas crises e o impacto do aproveitamento das novas posições sobre a acumulação de capital no interior das fronteiras destes países. Tais possibilidades, entretanto, não superam as contradições fundamentais da acumulação capitalista.” (GOUVÊA, 2012, p. 23). Neste seguimento, a crise cíclica político-econômica brasileira não tardou muito em manifestar as consequências da crise global: em 2013/2014 foi iniciada, tendo se aprofundado drasticamente em 2016, como iremos abordar mais adiante.

Conforme Rossi, Dweck e Arantes (2018), a ideia da austeridade é poderosa, em termos discursivos, mas perigosa em aplicação por deslocar custos privados, impondo o sacrifício ao conjunto da sociedade. De acordo com os autores, esta “ideia força moral” remete à disciplina e sacrifício, sobretudo no âmbito comportamental. É, ademais, historicamente utilizada nos discursos políticos como estratégia legitimadora para racionalização do consumo individual. Apesar de apresentar objetivos de racionamento distintos dos atuais²², a austeridade buscava controlar a economia, mantendo o consumo coletivo público. Não obstante, desde o final do século XX, o argumento da austeridade econômica ganha proeminência a partir de grupos acadêmicos da área da economia, seguindo a lógica de **racionamento** para favorecer o “crescimento econômico” capitalista. Nesta perspectiva, o corte aplica-se exatamente ao consumo coletivo no orçamento público, com fins de contenção do “gasto social”:

A intuição básica do argumento é que em tempos de crise as políticas fiscais restritivas (aumento de impostos ou, preferencialmente, redução de gastos) podem ter um efeito expansionista, de aumento do crescimento econômico. O debate econômico em torno dos efeitos da contração fiscal deu corpo ao conceito de austeridade que pode ser definido por seu instrumento (ajuste fiscal - preferencialmente corte de gastos) e seus objetivos (gerar crescimento econômico/equilibrar as contas públicas). **Nesse sentido, a austeridade é a política que busca, por meio de um ajuste fiscal, preferencialmente por cortes de gastos, ajustar a economia e promover o crescimento.** (ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018, p. 16, grifo nosso)

Diante das dificuldades fiscais nas crises cíclicas do capital, este argumento privilegia os cortes do orçamento público nos setores da proteção social em detrimento do aumento da cota tributária de grandes fortunas e empresas, sob as justificativas da “melhoria da confiança” e demonstração de “responsabilidade” pelos governos nos Estados Nacionais (ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018).

Rossi, Dweck e Arantes (2018) ressaltam que tais justificativas, com a perspectiva de fazer girar a “roda da economia” através do investimento de capital externo, se apoiam em duas premissas políticas frágeis: a “fada da confiança” e a “recompensa pelo bom comportamento”²³. Neste sentido, apontam que tanto não há qualquer garantia de que o investimento de capital externo aumente, conforme se vá realizando o pagamento da dívida pública, como o que se observa é exatamente o efeito oposto. Frente ao ajuste fiscal e

²² O termo é utilizado politicamente durante e após as guerras mundiais na Europa com sentido de racionamento e regulação do consumo individual no intuito de mobilizar recursos para financiar a guerra e, em seguida, no pós-guerra, para reconstrução dos países afetados por ela e não para diminuição do gasto público (ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018).

²³ Estas justificativas políticas são as que dão base para as estratégias de criação de superávit primário para o pagamento da dívida pública nos Estados Nacionais.

recessão econômica no país, há justamente a diminuição da confiança e do investimento do capital no setor produtivo, considerando o risco da não realização da venda dos produtos e poucas perspectivas de lucro.²⁴ Por outro lado, na teoria econômica regulacionista *keynesiana*²⁵, nos momentos de crise econômica devem ser realizadas ações, com o aumento do consumo e gastos públicos a partir da contratação de empresas privadas para gerar “crescimento econômico” e empregos (ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018).

Todavia, os efeitos da austeridade na economia podem ser compreendidos a partir do seguinte raciocínio lógico:

Gasto e renda são dois lados da mesma moeda, o gasto de alguém é a renda de outra pessoa: quando alguém gasta, alguém recebe. Quando o governo contrai o seu gasto, milhões de pessoas passam a receber menos, o que tem impactos negativos na renda privada. Quando o governo corta gastos com um investimento destinado a uma obra pública, por exemplo, o efeito é direto sobre a renda e o emprego, uma vez que a empresa que seria contratada deixa de contratar empregados e comprar materiais. Da mesma forma, o corte de gastos em transferências sociais reduz a demanda dos que recebem os benefícios e desacelera o circuito da renda. **Dessa forma, é uma falácia pensar o governo independente do resto da economia. [...] Além de gerar retração econômica, a austeridade ainda pode piorar a situação fiscal. Em uma economia em crise, a austeridade pode gerar um círculo vicioso em que o corte de gastos reduz o crescimento, o que deteriora a arrecadação e piora o resultado fiscal, o que leva a novos cortes de gastos. Ou seja, em um contexto de crise econômica, a austeridade é contraproducente e tende a provocar queda no crescimento e aumento da dívida pública, resultado contrário ao que se propõe.** (ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018, p. 17-18, grifo nosso)

Rossi, Dweck e Arantes (2018) apontam diversos estudos²⁶ que contestam o argumento da austeridade, seja pela fragilidade dos seus argumentos técnico-científicos, seja pela constatação da ausência de contribuição eficaz para o “crescimento econômico”. Além da

²⁴Segundo Rossi, Dweck e Arantes (2018, p. 17), o efeito da recessão e diminuição do crescimento do setor produtivo do capital a partir do endividamento público é assim explicado: “No plano da teoria econômica, esse efeito decorre do pressuposto de que o setor público e o setor privado disputam recursos, ou poupança, e que uma redução do gasto público abre espaço para o investimento privado. Como argumenta o economista de Chicago John Cochrane (2009), a cada dólar adicional gasto pelo governo é um dólar a menos gasto pelo setor privado; o impulso fiscal pode criar rodovias em vez de fábricas, mas não pode criar os dois. A austeridade expansionista dá um passo adicional nesse argumento ao propor que, dada a maior eficiência do gasto privado, a contração do gasto público gera um aumento ainda maior do gasto privado.”

²⁵Nesta perspectiva, nos períodos ápices do ciclo de crescimento a aplicação da austeridade nos gastos públicos podem ser realizadas sem gerar “efeitos negativos” na economia global, considerando a possibilidade de aumento do consumo individual privado. (ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018) Não obstante, o “crescimento econômico” e os empregos gerados aumentam o patamar do lucro das empresas, ao passo que tendem a precarizar mais as condições de trabalho.

²⁶ Rossi, Dweck e Arantes (2018) discutem, a partir da literatura científica da economia, os debates sobre a fragilidade do estudos que argumentam favoravelmente ao regime da austeridade, apontando para: 1) não observação de aumento do crescimento econômico após a aplicação do regime de austeridade em período de desaceleração da economia (ALESINA; ARDAGNA, 2010 apud ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018); 2) ao contrário, após a aplicação do regime de austeridade, há uma minoria de países que efetivamente crescem economicamente (JAYADEV; KONCZAL, 2010 apud ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018); 3) há outros fatores determinantes mais importantes nos cenários político-econômicos locais dos poucos países que tiveram crescimento após ajuste fiscal (PEROTTI, 2013 apud ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018).

ineficácia identificada pelo aumento da dívida pública e recessão econômica, foi observada a piora na desigualdade social e a criação de um “círculo vicioso recessivo”: redução na arrecadação fiscal seguida de cortes no orçamento público sucessivos.²⁷ Os autores apontam que o aumento sistemático de estudos científicos na área da economia, críticos ao regime de austeridade, demonstram não apenas suas consequências nefastas para o conjunto da sociedade, mas, sobretudo, sua completa ineficácia em termos de “crescimento econômico” do capital.

Entretanto, os autores apontam que no terreno da luta de classes e disputa de interesses na economia política internacional não há “irracionalidade” na adoção do regime de austeridade. Isto é, a austeridade, em realidade, é a própria manifestação do projeto político-econômico neoliberal da classe dominante. Expressa o aprofundamento da dominação no âmbito internacional, contribuindo para o seguimento da expansão do capital nos Estados Nacionais ao lado de outras medidas, tais como a liberalização dos mercados, privatizações, fragilização da democracia e aumento do poder político do capital corporativo transnacional (ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018).

Trata-se de uma política de classe ou uma resposta dos governos às demandas do mercado e das elites econômicas à custa de direitos sociais da população e dos acordos democráticos. Os capitalistas, por sua vez, se beneficiam das políticas de austeridade em três frentes: (i) ao gerar recessão e desemprego, reduzem-se pressões salariais e aumenta-se lucratividade. E como mostra Bova et al. (2017), a austeridade tende a aumentar a desigualdade de renda; em média, um ajuste de 1% do PIB está associado a um aumento no coeficiente de Gini do rendimento disponível de cerca de 0,4% a 0,7% nos dois anos seguintes. (i) o corte de gastos e a redução das obrigações sociais abre espaço para futuros cortes de impostos das empresas e das elites econômicas, e (i) **a redução da quantidade e da qualidade dos serviços públicos aumenta a demanda de parte da população por serviços privados em setores como educação e saúde, o que aumenta os espaços de acumulação de lucro privado.** (ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018, p. 17, grifo nosso)

A austeridade fiscal, com seu Ajuste Estrutural no campo da disputa do capital transnacional, é um instrumento potente de ampliação das vantagens concorrenciais através da redução dos custos com a FT (flexibilização e desregulamentação trabalhista) na produção das corporações. Além disso, segundo Bastos (2015), favorece a imposição de disciplinamento da FT e da lógica empresarial de racionamento de custos de produção através da adoção do setor público ao princípio da “eficácia” empresarial.

Nesta perspectiva, também é utilizada nos serviços e bens públicos, a partir dos cortes no orçamento público destinados à política social, para *reestruturações* nestes serviços

²⁷ Estudos científicos realizados em países europeus apontam para o fracasso e a perversidade para o conjunto da sociedade do regime de austeridade após a crise de 2008 (HOUSE; PROEBSTING; TESAR, 2017; BALL et al., 2013; LOPES; AMARAL, 2018 *apud* ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018)

(diminuição dos salários, restrições na oferta das ações, terceirizações). Todas estas medidas são adotadas sem, no entanto, prejudicar qualquer transferência do fundo público para o setor privado, especialmente para o pagamento da dívida (BASTOS, 2015; BEHRING, 2009; ROSSI; DWECK; ARANTES, 2018).

Os Ajustes Estruturais, que vêm sendo propugnados pelos organismos internacionais, tais como Banco Mundial (BM) e Fundo Monetário Internacional (FMI)²⁸, têm exercido papel central na reconfiguração dos Estados Nacionais²⁹ (BASTOS, 2015; PEREIRA, 2009). De acordo com João Márcio Pereira (2018), o BM, como agência multilateral, é composto por uma extensa rede de relações de agentes públicos, privados, não governamentais, filantrópicos, empresariais e financeiros, em disputa sobre rumos, meios e significados de desenvolvimentos em escalas global e nacional. Para o autor, apesar de seus atores se diferirem quanto aos recursos de poder que dispõem, a interação deles imprime sentidos de adaptação, negociação e veiculação de ideias e prescrições às instituições, traduzidas conforme seus próprios interesses e prioridades. Neste sentido, aponta que as recomendações e condicionalidades do BM são frequentemente utilizadas no respaldo de implantação de medidas impopulares.

[...] atuação do Banco é multiescalar, a ênfase das suas operações num dado país pode oscilar entre a União, os estados e os municípios, conforme a orientação política e as prioridades dos governos de plantão. Por tudo isso, a eficácia das ações do Banco necessita da combinação de coerção com persuasão, por meio da qual se constroem, por fora e por dentro dos espaços nacionais, visões de mundo e interesses mútuos, tanto na sociedade civil como nos aparelhos de Estado. (PEREIRA, 2018, p. 2190)

Diante do endividamento público dos países, uma série de “recomendações” de especialistas destes organismos internacionais são realizadas para “ajustar” as contas públicas e atrair a “confiança” dos investidores externos no território nacional. Para Bastos (2015), a

²⁸ O BM e o FMI, de acordo com Pereira (2009) e Rizzotto (2000), são instituições corporativas que tem como objetivo fomentar o mercado e favorecer a expansão mundial do capitalismo, defendendo as concepções do livre mercado e concorrência do setor privado. O BM, em seu escopo de atuação de favorecimento do “ambiente saudável para os negócios”, apresentou diversas compreensões a cerca das políticas sociais para os países da América Latina. Entretanto, no contexto de neoliberalização, a agenda de subordinação das políticas sociais ao ajuste macroeconômico é um dos pilares institucionais na relação do BM com os Estados nacionais. A reconfiguração da política social para o banco passou por três mudanças: primeiro, deixava de ser pensada como investimento, sendo vista estritamente como gasto; deixa de ter o objetivo de ser forma de inclusão da população empobrecida, para tê-la como o mínimo indispensável para as condições de vida, com perfil eminentemente assistencialista; e, terceiro a política social é encarada em caráter flexível e transitório, considerando a confiança na possibilidade de ascensão e não dependência do “auxílio”. (PEREIRA, 2018)

²⁹ A reconfiguração dos Estados está relacionada à transformação do seu papel no período neoliberal, especialmente a partir da década 1990. Seguindo propostas do BM e FMI, “[...] o Estado deveria sempre cumprir sete funções fundamentais: garantir a estabilidade macroeconômica e o ambiente propício à competitividade capitalista, manter a ordem pública, investir em “capital humano” (educação primária e saúde básica), fornecer infra-estrutura produtiva, proteger o meio ambiente, controlar a natalidade e gerir a previdência social. (PEREIRA, 2009 p. 197)

condição do endividamento é um recurso importante na determinação da “assimetria” dos acordos e tratados no âmbito do comércio internacional. Vários mecanismos de constrangimento e coerção são utilizados por países do capitalismo central na realização dos tratados bilaterais e/ou multilaterais do comércio internacional, reforçando, muitas vezes, condições desiguais e desvantajosas para o desenvolvimento econômico e social dos países da periferia do capital.³⁰ Diversos processos de reformas neoliberais foram sendo implementadas nos Estados Nacionais “subdesenvolvidos”, favorecendo a expansão do capital e a exploração da força de trabalho local por grandes corporações transnacionais e financeiras, sustentadas pelo poderio de países do capitalismo central³¹ (BASTOS, 2015; GOUVÊA, 2012).

No âmbito da proteção social dos Estados Nacionais, os constrangimentos políticos e econômicos ocasionados pelos regimes de austeridade provocam o afastamento da perspectiva *welfariana* de seguridade e direitos sociais (BEHRING, 2009; NETTO, 2013). Agregam-se a esta condição objetiva, as mudanças na administração pública, assim como a massificação de uma “cultura de crise”³², desencadeando uma compreensão que reduz os direitos sociais à “direito do consumidor”, “benefícios”, “serviços” e “programas sociais”, isto é, como bens (mercadorias) de consumo (BEHRING, 2009; FERNANDES, 1995).

De acordo com Behring (2009), os planos de ajustes estruturais elaborados pelo BM e FMI não omitem os custos sociais dos cortes orçamentários. Ao contrário, assumem no próprio discurso o caráter focal e compensatório que a intervenção estatal deve assumir na questão social.

O ajuste tem passado, na verdade, pela desregulamentação dos mercados, pela redução do *deficit fiscal* e/ou do gasto público, por uma clara política de privatização, pela capitalização da dívida e um maior espaço para o capital

³⁰ No âmbito internacional, os países centrais dispõem de diversas estratégias para fazer valer seus interesses imperialistas e obter vantagem nos acordos comerciais. As potências econômico-políticas e militares agem tanto indiretamente, através do suporte a ações de desestabilização da política interna, tal como a repressão violenta (ditaduras, por exemplo) aos movimentos de resistência e golpes parlamentares, contrários a acordos que prejudicam a população nacional; como diretamente, por ameaças e chantagens com base na dívida pública (restrição/bloqueio aos seus mercados consumidores) (BASTOS, 2015; GOUVÊA, 2012; MASCARO, 2018).

³¹ O “círculo vicioso” no âmbito da concorrência capitalista internacional, expressão do imperialismo na fase tardia do capitalismo monopolista (GOUVÊA, 2012; IASI, 2017; NETTO, 1996), proporciona e mantém as posições dos países na divisão internacional do trabalho. Não obstante, o “equilíbrio” destas relações está em constante tensão diante dos processos de concentração e centralização do capital, assim como das conjunturas políticas e da correlação de forças na luta de classes no contexto local e internacional (BASTOS, 2015; GOUVÊA, 2012; MASCARO, 2018).

³² A “cultura de crise”, em Fernandes (1995), refere-se ao processo de naturalização das desigualdades sociais e de apassivamento das lutas sociais no final do século XX, favorecendo a formação de um consenso viabilizador do projeto neoliberal e da reestruturação produtiva no país, o qual assume entre outras prioridades, segundo Fernandes (1995, p. 116): “a adequação dos direitos recém-conquistados e as garantias sociais dos trabalhadores ao projeto *cidadão consumidor*, que é o sujeito político da *democracia sem adjetivos*, como condição para realizar reformas no âmbito das políticas sociais.”

internacional, inclusive como condição para empréstimos dos países da periferia. Para a política social, assim, a grande orientação é a focalização das ações, com estímulo a fundos sociais de emergência, aos programas compensatórios de transferência de renda, e a mobilização da ‘solidariedade’ individual e voluntária, bem como das organizações filantrópicas e organizações não governamentais prestadoras de serviços de atendimento, no âmbito da sociedade civil. (BEHRING, 2009, p. 10-11)

Se por um lado há uma ofensiva ideológica que oblitera o avanço do capital sobre os direitos sociais, mantendo o consenso sobre a naturalização da desigualdade do sistema, por outro, a barbárie mal se esconde, considerando a violência e o aviltamento das condições de vida com que grande parte da população convive socialmente, sobretudo àqueles segmentos da classe trabalhadora mais pauperizados do exército industrial de reserva nos países periféricos (BEHRING, 2009; MÉSZÁROS, 2011a; NETTO, 2013).

De acordo com Netto (2013), a intervenção do Estado na questão social, a partir do período neoliberal, deixa patente também o caráter fortemente militarizado, de vigilância e violência, contra as camadas mais pauperizadas da classe trabalhadora.

A repressão deixou de ser uma excepcionalidade – vem se tornando um estado de guerra permanente, dirigido aos pobres, aos ‘desempregados estruturais’, aos ‘trabalhadores informais’, estado de guerra que se instala progressivamente nos países centrais e nos países periféricos [...] **Em poucas palavras: crescentemente, parece que só a hipertrofia da dimensão/ação repressiva do Estado burguês pode dar conta da população excedentária em face das necessidades do capital (Marx).** (NETTO, 2013, p. 28, grifo nosso)

Aliada à crescente militarização, observa-se um “novo assistencialismo” (NETTO, 2013) focalizado no pauperismo, mas convocando parcerias público-privadas (PPP), de forma bem diversa da proteção social conferida pelo *Welfare State*. A ação sobre a questão social assume um caráter quase filantrópico ou, nas palavras de Behring (2009, p.18):

[...] o que se tem é uma não-política, inclusive no que se refere ao enfrentamento da questão social, com a transferência de ações – focalizadas – para o ‘terceiro setor’, processo que caminha ao lado do crescimento da pauperização absoluta e relativa da maioria da população.

Até aqui discutimos como o marco neoliberal da crise estrutural tem sido operado junto aos Estados Nacionais na liberação dos espaços de expansão do capital e sua captura do fundo público (especialmente pelo mecanismo da dívida pública e da austeridade), com as respectivas implicações na intervenção sobre a questão social.

A partir deste ponto, procuramos destacar outro elemento central da crise estrutural do capital, a reestruturação produtiva e as mudanças na organização do trabalho. Considerando as restrições impostas ao orçamento público e a expansão do capital para os serviços, este aspecto da crise é especialmente relevante para compreender seus efeitos na organização do trabalho nos serviços públicos de saúde, tanto pela precarização do trabalho quanto pela

reorientação dos processos de trabalho sob auspícios do gerenciamento do trabalho semelhante ao setor privado.

Diante do aumento da concorrência monopolista transnacional, a reestruturação produtiva do capital buscou recuperar o ciclo reprodutivo, mas, ao mesmo tempo, “repor seu projeto de dominação social” (ANTUNES, 2002, p. 23). Aliada à repressão violenta aos movimentos sociais e trabalhistas ocorridas no final do século XX, houve uma profunda transformação na produção e organização dos processos de trabalho que representou forte ofensiva do capital sobre o trabalho, tanto pelo controle do processo de trabalho na produção quanto pelo controle sobre as possibilidades de organização e lutas sociais (ANTUNES, 2002, 2010a).

O modo de acumulação estabelecido a partir deste período caracteriza-se pela flexibilização dos processos de trabalho, mercados de trabalho, tipos de produto e formas de consumo, conforme apontado por Harvey (2008, p. 140):

Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças dos padrões de desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas, criando, por exemplo, um vasto movimento no emprego, no chamado ‘setor de serviços’ [...] Ela também envolve um novo movimento que chamarei de ‘compressão do espaço-tempo’ no mundo capitalista.

A mudança gerada no padrão cultural, a partir do período neoliberal, marca as características do período até os dias atuais, em variados matizes, mas que convergem para a fragmentação da classe trabalhadora e a individualização, no que Harvey (2008) denominou de “condição pós-moderna”³³. Frente à fragilização da organização sindical e dos movimentos sociais, desemprego estrutural e falta de proteção social aos trabalhadores, o capital passa a impor regimes e contratos flexíveis no mercado de trabalho (HARVEY, 2008).

³³ No âmbito ideológico e cultural, a avalanche do pós-modernismo favoreceu a fragmentação da classe, reforçando valores subjetivistas e individuais em detrimento dos valores “coletivos” de solidariedade social e organização coletiva para enfrentamento político das ofensivas do capital (ANTUNES, 2002). Esta nova racionalidade manifesta-se em negação da historicidade dos processos e da objetividade material e estrutural do poder econômico e político, dando contornos ao pensamento que inunda o cenário político da luta de classes (FRIGOTTO, 2008). Neste contexto, aspectos fundamentais relacionados às particularidades individuais e locais (sobre determinações étnicas, de gênero, territoriais, por exemplo) no contexto da totalidade social, dão lugar à fragmentação dos movimentos sociais, subjetivismo e identitarismo. Substitui-se, neste sentido, a compreensão das desigualdades estruturais por “diferenças”, com todos seus rebatimentos políticos distorcidos, tal como a sobrevalorização do princípios da “equidade” ou “igualdade de oportunidades”, em detrimento da igualdade substancial na organização social. Isto é, uma sociedade justa e com igualdades em termos materiais que permita o exercício das potencialidades subjetivas dos indivíduos, sem os constrangimentos sociais das condições de vida e de trabalho desumanas (ANTUNES, 2010b; FRIGOTTO, 2008; MÉSZÁROS, 2011a).

Antunes (2009) aponta que diversas mudanças ocorreram no mundo do trabalho manifestando a principal exigência dos capitais transnacionais para os Estados Nacionais: flexibilização da legislação trabalhista. Segundo o autor, este marco caracteriza-se pela instauração da “**era da precarização estrutural no trabalho**”, buscando a corrosão da regulamentação no trabalho e as substituindo por formas contratuais flexíveis, terceirizadas, *part in time*, “empreendedorismo”, “cooperativismo”, “trabalho voluntário”, “terceiro setor”, etc. (ANTUNES, 2010a).

À precarização estrutural do trabalho soma-se a introdução de novas tecnologias de informação³⁴ e “**novos métodos de gestão organizacionais**”, com destaque ao modelo japonês *toyotista* que foi se estabelecendo ao longo dos anos e adaptando-se aos contextos e particularidades de cada país no ocidente (ANTUNES, 2002). Este desenho de gestão organizacional baseia-se nas definições de “competências”, “gestão do conhecimento”, “trabalho em equipe” e “sistemas de metas”, com alta exigência da polivalência e multifuncionalidade dos trabalhadores e grande intensificação dos ritmos, tempos e processos de trabalhos na produção em busca da “qualidade total” dos produtos sob demanda *just in time* – qualidade superficial, considerando a necessária taxa de utilização decrescente das mercadorias (MÉSZÁROS, 1999 apud ANTUNES, 2002).

Outra característica relevante dos moldes organizacionais *toyotistas* é a especialização em uma parte da produção como um todo, sendo as demais transferidas para outras empresas terceirizadas, formando uma “rede de fornecedores” vinculada ao mesmo método e procedimentos de organização do trabalho (ANTUNES, 2002, 2009, 2010a).

De fato, trata-se de um processo de organização do trabalho cuja finalidade essencial, real, é a da *intensificação das condições de exploração da força de trabalho*, reduzindo ou eliminando em muito tanto o *trabalho improdutivo*, que não cria *valor*, ou suas formas assemelhadas, especialmente atividade de manutenção, acompanhamento, inspeção de qualidade, funções que passaram a ser diretamente incorporadas ao trabalhador *produtivo*. Reengenharia, ***lean production, team work, eliminação de postos de trabalho, aumento da produtividade, qualidade total, fazem parte do ideário (e da prática) cotidiana da ‘fábrica moderna’***. [...] **pode-se dizer que, na era da acumulação flexível e da ‘empresa enxuta’, merecem destaque, e são citadas como exemplos a serem seguidos, aquelas empresas que dispõem de menor contingente de força de trabalho e que, apesar disso, têm maiores índices de produtividade.** (ANTUNES, 2002 p. 30, grifo itálico do autor; grifo em negrito nosso)

Ademais, segundo Antunes (2010a), observa-se que o uso da subjetividade e da dimensão intelectual do trabalhador é altamente requisitado nestes moldes organizacionais dos processos de trabalho. Os “Círculos de Controle de Qualidade (CCQ)” são utilizados

³⁴Conforme discutido no primeiro item sobre o trabalho no setor serviços, a introdução das novas TIC tem papel importante na expansão do trabalho produtivo para o setor e reestruturação produtiva a partir da década de 1970 (AMORIM, 2014a; ANTUNES, 2018; HUWS, 2011)

como estratégias para discutir o trabalho e avaliar o *desempenho*, no intuito de induzir a melhoria permanente da produtividade das empresas, vinculada a incentivos salariais (ANTUNES, 2002). Chamados de “parceiros” e “colaboradores”, exige-se elevado engajamento subjetivo dos trabalhadores em condições ampliadas de exploração (ANTUNES, 2009, 2010a). O autor destaca, neste sentido, o *disciplinamento* da força de trabalho para um processo produtivo altamente fragmentado e com alta *intensificação* do trabalho, sob um gerenciamento do processo de trabalho, em alguma medida “internalizado” pelos próprios trabalhadores: *management by stress* (GOUNET, 1997 apud ANTUNES, 2002).

A aparência da “participação” em estratégia mais horizontalizada de gerenciamento revela, em sua essência, a alienação pela “subjetividade *estranhada* em relação ao *que se produz e para quem produz.*” (ANTUNES, 2002, p. 39) Neste sentido, a manipulação dos processos para atender aos objetivos das empresas, inclusive incidindo nos modos de agir, pensar e se relacionar, é realizada através de mecanismos de recompensas individuais aos trabalhadores. A “subjetividade autêntica” do trabalhador é constrangida, inclusive no que diz respeito ao discernimento e à criatividade na produção dos valores de uso do seu processo de trabalho, facilitando a ocultação dos objetivos lucrativos e da distorção da finalidade do trabalho para atender à “demanda do mercado consumidor”³⁵ (ANTUNES, 2002).

Neste contexto, observa-se a intensificação do trabalho cognitivo, intelectualizado, da ordem informacional, simbólica, ou *trabalho imaterial*, potencializado pela interação com as TIC (AMORIM, 2011; ANTUNES, 2010a; HUWS, 2011), mas não sem prescindir do trabalho manual³⁶ deslocado cada vez mais para a “rede de colaboradores” em um

³⁵ “A demanda do mercado consumidor” associa-se à discussão realizada sobre a “taxa de utilização decrescente” e a “linha de menor resistência” na criação artificial de necessidades e demandas para atender à expansão do capital e não obrigatoriamente às necessidades sociais e humanas. Segundo Mészáros (2011b), o capital não está preocupado com a produção em si, mas apenas com a sua “**autorreprodução**” – **sua expansão universal está interessada em autorreproduzir-se como atendimento às suas necessidades de valor de troca e não nas necessidades humanas.** “[...] o capital é totalmente desprovido de medida e de um referencial humanamente significativo, enquanto seu impulso interno à autoexpansão é, *a priori*, incompatível com os conceitos de controle e limite, para não mencionar o de uma autotranscendência positiva. Por isso, ao invés de aceitar as restrições positivas necessárias ao interesse da produção para a satisfação das necessidades humanas, corresponde à linha de menor resistência do capital levar as práticas materiais da autorreprodução destrutiva ampliada até o ponto em que levantem o espectro da destruição. [...] Hoje em dia, no horizonte do ‘desenvolvimento’ e da ‘modernização’ capitalistas, tais objetivos aparecem somente nas racionalizações ideológicas dos mais cínicos apologistas do sistema estabelecido. Apenas este fato já nos diz muito sobre o verdadeiro significado da reconstituição estrutural do capital nas últimas décadas, em sua estreita conjunção com os ajustes correspondentes nas operações de apoio, diretas e indiretas, do Estado capitalista.” (MÉSZÁROS, 2011b, p. 699)

³⁶ Mészáros aponta que, apesar de um movimento de predominância da mais-valia relativa, o capital não prescinde da exploração através da mais-valia absoluta e do trabalho manual, sendo estas formas deslocadas cada vez mais para os países periféricos como resultado de “sangrentas batalhas” na organização da divisão internacional do trabalho (MÉSZÁROS, 2011b). “Certamente, de acordo com a sua linha de menor resistência

aprofundamento da divisão social do trabalho (ANTUNES, 2002, 2010a, 2018; ANTUNES; DRUCK, 2015; MÉSZÁROS, 2011a). Isto é, encarregando trabalhos menos qualificados, manuais e/ou altamente exaustivos para trabalhadores (normalmente imigrantes, negros e/ou mulheres), sob contratos “flexíveis”, às empresas terceirizadas (ANTUNES, 2002). Assim, configura-se a “morfologia do trabalho” despontada no marco da crise estrutural do capital, de acordo com Antunes (2010a, p. 17):

A constatação parece inevitável: em plena era da informatização do trabalho, do mundo maquinal e digital, estamos conhecendo a época da informalização do trabalho, dos terceirizados, precarizados, subcontratados flexibilizados, trabalhadores em tempo parcial, do subproletariado.

Se, por um lado, os ideários e pragmáticas aplicados através dos “novos métodos de gestão organizacional” exigem mais em termos de qualificação, desempenho e resultados nos processos de trabalho, por outro, avança-se sobremaneira o aprofundamento das divisões e sobredeterminações da precarização do trabalho, que dizem respeito a dimensões geracionais, étnicas, de gênero (ANTUNES, 2010a).

É neste bojo que se dá o processo de “feminização do mercado de trabalho”, com avanço da precarização no mercado de trabalho e sobrecarga das mulheres em suas duplas, triplas jornadas de trabalho no âmbito dos cuidados familiares. A precarização também opera na lógica da segmentação étnica e racial (indígenas, imigrantes e negros), caracterizando as desigualdades sociais e dos processos de exploração do trabalho (ANTUNES, 2010a; HIRATA, 2002).

Observa-se crescimento progressivo das relações de trabalho desregulamentadas e das terceirizações ao longo dos últimos anos. De acordo com Antunes (2010a), as empresas terceirizadoras funcionam como verdadeiras “locadoras de força de trabalho de perfil temporário” para atender aos requisitos da crescente demanda por trabalhadores cada vez mais precarizados. À medida que se amplia a concorrência entre as grandes corporações transnacionais, eleva-se a necessidade do aumento da produtividade, incorporando TIC³⁷,

nas circunstâncias, a exploração neocolonial, muito protegida pela extração de mais-valia absoluta, serve perfeitamente aos interesses do ‘capital metropolitano’ e seu apetite insaciável por superlucros facilmente repatriáveis. Entretanto, não se pode esquecer que a ‘modernização’ neocolonial do sistema capitalista de produção, que mantém no ‘Terceiro Mundo’ a reconhecida preponderância anacrônica da mais-valia absoluta, também vem a servir aos interesses do capital ‘subdesenvolvido’ e à sua linha de menor resistência no estágio de desenvolvimento dado. É precisamente com base nesta identidade de interesses que as diferentes seções do capital global podem operar com êxito, em plena cumplicidade umas com as outras, as práticas econômicas mais antiquadas e abertamente exploradoras; em sua linha comum de menor resistência na estrutura global da produção capitalista.” (MÉSZÁROS, 2011b, p. 683)

³⁷ O aprofundamento da concorrência e a busca incessante por redução dos custos neste trajeto também revela desigualdades significativas nas *taxas diferenciais de exploração* (ANTUNES, 2018), seja pela intensificação seja pelo aumento da jornada de trabalho, a depender do território nacional, do gênero, raça e etnia da classe trabalhadora.

sobretudo, para reduzir os custos da produção e ganhar vantagem concorrencial (ANTUNES, 2018).

Não obstante, ao passo que se desenvolve o processo de superacumulação de capitais, os monopólios necessitam ampliar as margens de investimento, avançando para além do seu próprio ramo produtivo. Antunes (2002, 2009, 2010a) aponta que a ampliação da exploração, a partir da reestruturação produtiva, foi se expandindo progressivamente para todos os setores da economia, incluindo o setor de serviços públicos e privados.

Os serviços públicos, como saúde, energia, educação, telecomunicações, previdência etc. também experimentaram, como não poderia deixar de ser, um significativo processo de reestruturação, subordinando-se à máxima da mercadorização, que vem afetando fortemente os trabalhadores do setor estatal e público. Tornaram-se importantes empresas privadas geradoras de valor. (ANTUNES, 2010a, p. 14)

Nas análises de Ricardo Antunes (2009, 2010a, 2018), dois aspectos são centrais para entender os efeitos da crise no contexto concreto do trabalho: 1) a manifestação da “era da precarização estrutural do trabalho” no setor serviços e 2) a adesão aos “novos métodos de gestão organizacional” nos processos de trabalho no setor. Estes dois aspectos articulam a dinâmica do mundo do trabalho no contexto contemporâneo da crise estrutural do capital, processo especialmente discutido por Antunes (2018) na obra *O privilégio da servidão: o novo proletariado de serviços na era digital*.

O autor aponta os caminhos de análise da precarização estrutural do trabalho atual no setor serviços, frente aos interesses de alta lucratividade das empresas “sob comando e hegemonia do capital financeiro” (ANTUNES, 2018, p. 37); qual seja, através da *informalização e terceirização*³⁸ e da transferência “[...] aos trabalhadores e trabalhadoras da **pressão pela maximização do tempo, pelas altas taxas de produtividade e redução dos custos.**” (ANTUNES, 2018, p. 37, grifo nosso).

³⁸ Em relação ao peso que o processo de terceirização representa na expansão do capital no setor serviços: “[...] a terceirização vem se tornando a modalidade de gestão que assume centralidade na estratégia empresarial, uma vez que as relações sociais estabelecidas entre capital e trabalho são disfarçadas em relações interempresas, baseadas em contratos por tempo determinado, flexíveis, de acordo com os ritmos produtivos das empresas contratantes, com conseqüências profundas que desestruturam ainda mais a classe trabalhadora, seu tempo de trabalho e de vida, seus direitos, suas condições de saúde, seu universo subjetivo etc. [...] **As empresas públicas que no passado recente eram prestadoras de serviços sem fins lucrativos, após a sua privatização e mercadorização tornaram-se participantes (direta ou indiretamente) do processo de valorização do capital, incrementando e ampliando as modalidades de lucro e de criação de mais valor.** [...] Com salários menores, jornadas de trabalho prolongadas, vicissitudes cotidianas que decorrem da burla da legislação social protetora do trabalho, **a terceirização assume cada vez mais relevo, tanto no processo de corrosão do trabalho e de seus direitos como no incremento e na expansão de novas formas de trabalho produtivo geradoras de valor.** Essas novas modalidades de trabalho vêm assumindo destaque crescente não só no mundo da produção material, mas na circulação do capital e agilização das informações, esferas que são com frequência realizadas por atividades também imateriais, que ganharam cada vez mais importância na reprodução ampliada do capital financeirizado, informacional e digital. (ANTUNES, 2018, p. 32, grifo itálico do autor; grifo em negrito nosso)

Antunes (2018) analisa o trabalho no setor serviços em processos produtivos no interior da circulação do capital, assim como em atividades que incorporam o *trabalho imaterial* no setor privado de produção, tais como institutos privados de educação e saúde, indústrias de *softwares*, serviços de transporte Uber, Cabify, entre outras. Além disso, indica a **expansão do capital e ampliação da exploração e extração de mais valor através dos processos de terceirização entre empresas (contratantes e contratadas)**, mas, também:

[...] no interior do serviço público, por meio do enorme processo que introduziu práticas privadas (as empresas terceirizadas e seus assalariados terceirizados) no interior de atividades cuja finalidade original era produzir *valores socialmente úteis*, como saúde, educação, previdência etc. A terceirização acelerada dentro da atividade estatal, nos mais distintos setores (limpeza, transporte, segurança, alimentação, pesquisa, entre outros), incidindo tanto nas atividades administrativas, como, por exemplo, **na área da saúde, com médicos e enfermeiros terceirizados atuando nos hospitais públicos, dentre tantas outras atividades terceirizadas que se expandem em ritmo intenso no espaço público, começa a corroer por dentro a *res publica*, uma vez que as empresas de terceirização passam a extrair mais-valor de seus trabalhadores terceirizados que substituem os assalariados públicos.** (ANTUNES, 2018, p. 53, grifo nosso)

Diante dos efeitos da crise estrutural do capital para o trabalho, nos parece imprescindível tentar compreender a articulação destes processos no contexto histórico social concreto: austeridade, reestruturação produtiva, precarização e ampliação da exploração (reorganização dos processos de trabalho). Tanto a expansão do capital para o setor serviços, mediados especialmente pelo capital financeiro, como o aumento do endividamento dos Estados Nacionais e a adesão aos regimes de austeridade são elementos importantes para analisar os aspectos da crise no trabalho nos serviços públicos.

Neste sentido, a reestruturação produtiva nos serviços públicos vem se desenvolvendo no bojo do processo de aplicação dos regimes de austeridade fiscal e ajustes estruturais, vinculando reformas administrativas na gestão pública à proposta de reorganização neoliberal do Estado que obtém três pontos principais: “[...] (a) administração racional-econômica dos recursos públicos; (b) terceirização de serviços públicos para a iniciativa privada; (c) focalização das políticas sociais.” (LOUREIRO; RIBEIRO, 2011, p. 296).

A perspectiva de “modernização” na gestão pública dos Estados Nacionais destaca-se mais amplamente no cenário político internacional a partir do Consenso de Washington³⁹. Apesar dos estudos e indicações dos especialistas e técnicos dos organismos internacionais, seu direcionamento e adesão estão relacionados aos interesses das classes dominantes nos

³⁹ Consenso de Washington é a expressão utilizada para denominar a consolidação do receituário neoliberal para operacionalização das reformas no âmbito dos Estados Nacionais (agendas macroeconômicas), durante encontro entre atores políticos do *mainstream* do capital: o governo norte-americano, BM, FMI, BID e economistas, em 1989 (LEHER, 2003; PEREIRA, 2009; RIZZOTTO, 2012).

Estados Nacionais, à conjuntura política e ao contexto histórico e social dos respectivos países. As reformas articulam-se ao ajuste estrutural dos Estados Nacionais, propondo uma série de arranjos administrativos⁴⁰ na máquina pública sob a justificativa da melhoria da “eficiência” nos gastos e serviços públicos (MATIAS-PEREIRA, 2008; PEREIRA, 2009).

Fazem parte das agendas de reformas as concessões de infraestrutura pública, contratação externa e terceirização de parte dos serviços públicos, estimulando a realização de “parcerias” com a iniciativa privada. Além disso, propõem a incorporação de elementos de maior “competitividade” e mais “dinâmicos” nos serviços públicos, tanto pela incorporação das TIC, como pela adoção de modelos empresariais de gerenciamento da força de trabalho (ABELLÁN-LÓPEZ; DIAS; NEBOT, 2020; MATIAS-PEREIRA, 2008).

Do ponto de vista da saúde, de acordo com Pollock (2016), o setor privado não é capaz de oferecer assistência sanitária universal baseada em necessidades de saúde pública. O setor privado na área opera na racionalidade das seguradoras financeiras, tendo como elementos centrais na sua administração os mecanismos de *risco* e *exclusão*. Neste sentido, princípios como os de atenção às necessidades sociais de saúde e de solidariedade social são subsumidos pelos interesses do mercado, os quais operam pela seletividade e transferência dos riscos e custos aos usuários, não atendendo aos que mais necessitam e quando mais necessitam pelo elevado “custo”. Nos países sem sistemas universais, os gastos individuais com a saúde quando mais se necessita tornam-se “catastróficos”, pois são retirados recursos familiares destinados a outras necessidades (alimentação, vestuários, moradia etc.) para pagamento da assistência, além de causarem endividamentos individual e familiar por toda a vida da pessoa (POLLOCK, 2016).

Apesar das conquistas da classe trabalhadora, ao longo do século XX, relativas ao pacto social que envolvia a garantia de sistemas universais de saúde como forma de proteção social dos indivíduos, famílias e comunidades, desde a década de 1980/1990 observam-se as iniciativas de desmonte dos sistemas públicos e retirada do direito universal da saúde. Com o

⁴⁰ Entre as correntes utilizadas inicialmente nas proposições das Reformas Administrativas, temos a New Public Management (NPM). Originada nos EUA, foi difundida no contexto na década de 1980, como estratégia de reorganização dos sistemas e serviços públicos (JANSEN-FERREIRA, 2018; MATIAS-PEREIRA, 2008). Segundo Matias-Pereira (2008), a NPM tem como proposta as seguintes estratégias para a administração pública: **“manter** — conservar a máquina administrativa tal como ela é, mas ajustar e equilibrar sempre que possível; **modernizar** — realizar as mudanças mais fundamentais nas estruturas e processos, por exemplo, mudando a orientação do processo orçamentário de insumo para produto; criando novos tipos de organização do setor público, como agências autônomas; modificando o contrato de trabalho dos servidores públicos etc.; **mercantilizar** — introduzir mecanismos de mercado (*market-type mechanisms* — MTM) no setor público, acreditando que eles vão gerar eficiência e melhor desempenho (OCDE, 1993); **minimizar** — reduzir o setor estatal tanto quanto possível, fazendo o máximo uso da privatização e da contratação externa. Os ativos públicos são vendidos e as atividades anteriormente desempenhadas por servidores públicos são oferecidas aos setores comerciais e voluntários.” (MATIAS-PEREIRA, 2008, p. 68-69, grifo nosso)

avanço da crise estrutural do capitalismo e enfraquecimento dos movimentos da classe trabalhadora, este setor tem sido alvo de estratégias de privatizações diversas sob o argumento da escassez de recursos para os sistemas universais de saúde (ALMEIDA, 2014; LIMA, 2014).

Na Europa, as reformas nos sistemas nacionais de saúde têm demonstrado um aumento paulatino da “mercantilização” nos serviços e na gestão pública da saúde desde a década de 1980. A “mercantilização”, de acordo Jansen-Ferreira (2018), para além da incorporação efetiva do setor privado na prestação dos serviços, manifesta-se na sua própria lógica de “gestão, remuneração e organização dos sistemas”. A análise da autora aponta para quatro formas imbricadas de mercantilização nos sistemas de saúde na Alemanha, França e Inglaterra⁴¹:

1. Mercantilização explícita do financiamento: os mecanismos de mercado e a participação privada adquirem maior importância no financiamento dos sistemas de saúde de forma direta, seja na forma de desembolso direto e pagamento de mecanismos de co-pagamento (sic), seja na contratação de seguros de saúde privados.

2. Mercantilização explícita da oferta de serviços: os mecanismos de mercado e a participação privada ampliam sua presença na prestação de serviços, assumindo parte das funções públicas. Isso ocorre desde a terceirização de serviços auxiliares nos hospitais até sua privatização *stricto sensu*, passando pela transferência da gestão de hospitais públicos para instituições privadas e pela ampliação da contratação de instituições privadas para assumir parte da oferta de serviços.

3. Mercantilização implícita do financiamento: os mecanismos de mercado e a participação privada também ampliam sua presença no financiamento “interno” dos sistemas, ou seja, na distribuição dos recursos. Essa influência ocorre na lógica de financiamento da estrutura pública, com a formação de parcerias público-privado.

4. Mercantilização implícita da oferta de serviços: ampliação da lógica e de princípios privados na prestação de serviços. A face mais evidente desse processo é a nova gestão pública (*new public management*), em que a gestão dos prestadores de serviços públicos passa a ser realizada como uma instituição privada. De forma mais específica, foi a adoção do mercado interno e de mecanismos de pagamentos por resultado para os prestadores de serviço. (JANSEN-FERREIRA, 2018, p. 9, grifo nosso)

Entre 1990 e 2009, Jansen-Ferreira (2018) indica um intenso processo de aquisições e fusões⁴² associadas ao setor saúde, acompanhado de fortes pressões para “redução dos gastos”

⁴¹ No estudo de Jansen-Ferreira (2018), o caso inglês aponta como, inicialmente, a lógica administrativa empresarial foi incorporada na gestão de hospitais públicos, os quais se converteram em instituições de direito e de gestão privada de serviços de saúde pública (*foundation trusts*) e, entre 1990 e 2009, já haviam se expandido para gestão em diversas modalidades de centros de saúde: “Em 2009, já existiam 23 instituições privadas com fins lucrativos gerenciando 227 health centres e GP surgeries. Embora a maioria seja gerenciada por clínicos gerais, ao menos duas grandes instituições privadas (Care UK e Assura) gerenciavam 12 health centres cada uma.” (JANSEN-FERREIRA, 2018, p. 11)

⁴² Chama atenção a expansão do capital, assim como a concentração e centralização através do capital financeiro, no setor serviços de saúde: “Assim, entre 1990 e 2009, ocorreram 1.606 fusões e aquisições no setor de saúde em toda a Europa, envolvendo hospitais gerais e cirúrgicos (31%), instalações para cuidados de enfermagem qualificados (27%), serviços de cuidado domiciliar (16%), entre outros.” (ANGELI; MAARSE, 2012 apud

nos cuidados prestados em instituições de saúde sob gestão privada na Alemanha, França e Inglaterra, lastreadas por grandes corporações dos EUA e fundos de investimento *private equities*⁴³. A **precificação dos serviços e a concorrência**, que são premissas fundamentais de mercado, foram sendo progressivamente incorporadas na gestão privada da saúde pública como estratégia de “mercantilização implícita” na prestação dos serviços. Nesta estratégia, encontram-se as propostas de autonomização da gestão das instituições públicas (separam o financiamento da provisão dos serviços). Sob a justificativa de aumentar a “eficiência produtiva”, **terceirizam** ao setor privado a contratação e gestão da força de trabalho para os serviços de saúde (JANSEN-FERREIRA, 2018).

Jansen-Ferreira (2018) destaca que entre os efeitos observados neste tipo mercantilização encontram-se: fechamento de leitos de hospitais de pequeno e médio portes e concentração nos hospitais de grande porte; incorporação maciça de tecnologia; mudanças na alocação de recursos no sistema de saúde, com imposição de tetos orçamentários; contratos com cláusulas de produtividade, pautadas pelos métodos e critérios da “medicina baseada em evidências” para avaliação da eficácia e eficiência.

As mudanças mais profundas ocorreram a partir da década de 1990. Como os tetos orçamentários não foram capazes de reduzir o ritmo de expansão dos gastos hospitalares, ampliou-se o debate para adoção de instrumentos mais eficazes. É neste contexto que diversos países europeus passam a estudar o método norte-americano do *Diagnosis Related Group* (DRG), que consiste na definição de uma classificação padrão dos custos do tratamento de diferentes tipos de problemas de saúde, com o pagamento aos hospitais sendo realizado com base nos tratamentos de fato realizados, na lógica de pagamento por desempenho – amplamente conhecido pela expressão em inglês, *‘pay for performance’*. (JANSEN-FERREIRA, 2018, p. 18)

A precificação defendida pelo DRG foi uma estratégia adotada para “induzir” a eficiência produtiva inicialmente em hospitais, mas que, ao longo dos anos, foi se estendendo para diversos níveis de atenção como forma de vincular o financiamento dos serviços à

JANSEN-FERREIRA, 2018). A autora também aponta para as dificuldades e distorções geradas pela falta de indicadores de monitoramento e avaliação, além da falta de transparência na gestão privada realizada pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS) em unidades de Atenção Primária brasileiras, especialmente no Rio de Janeiro-RJ e São Paulo-SP. Nas palavras da autora, “[...] corremos o risco de um [...] ‘produtivismo’ vazio em efetivo cuidado” (JANSEN-FERREIRA, 2018, p.11).

⁴³ Nos processos de mercantilização por meio do financiamento, o estudo da autora destaca: nas formas explícitas, a introdução de mecanismos de copagamento nos procedimentos e consultas realizadas em serviços de saúde, assim como a expansão dos seguros privados de saúde e a ampliação da presença no mercado de capitais de seguradoras e instituições de caráter lucrativo; nas formas implícitas, encontram-se a formação das PPP, associadas à criação de *Private Finance Initiative* (PFI) para investimento em construção de hospitais públicos no Reino Unido, sob a justificativa já conhecida da “agilidade” do setor privado, com ampliação da terceirização para prestação de serviços de construção e manutenção por empresas no setor público de saúde. No Brasil, as PPP são disparadas a partir de 2004 através de legislação específica para terceirização de serviços de infraestrutura no setor público, além da construção de hospitais, unidades de saúde e centros de diagnóstico, com pouca transparência no financiamento e ações realizadas (JANSEN-FERREIRA, 2018).

remuneração variável por produtividade na Alemanha, França e Inglaterra⁴⁴. Segundo a autora, estudos ainda incipientes sobre os efeitos destas medidas já apontam preocupações relacionadas à padronização e ao risco de iatrogenia nos cuidados de saúde, frente à homogeneização dos atos de saúde e procedimentos realizados, a despeito das necessidades reais de saúde e sob as mais diversas circunstâncias e condições dos usuários (JANSEN-FERREIRA, 2018).

Na Atenção Primária, segundo Castro, Machado e Lima (2018), esse processo é desenvolvido a partir da crise dos Estados de Bem-Estar Social europeus, tendo como principal marco as reformas no National Health System (NHS) na década 1990. A principal alteração se deu por meio da separação entre compradores e provedores de serviços de saúde, reduzindo o papel do Estado ao financiamento, coordenação e regulação do sistema. Neste sentido, a competição entre os provedores (com base na “qualidade” e nos “custos”) seria suficiente para melhorar os serviços, proporcionando a **diminuição do tempo de atendimento e os custos do sistema**.

No entanto, destacamos o legado da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata na República do Cazaquistão da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) em 1978. A Declaração de Alma-Ata representa verdadeira inflexão no projeto de sociedade capitalista em relação à saúde por indicar *as necessidades humanas sociais* (condições objetivas de vida e trabalho) como elemento fundamental no desenvolvimento do processo saúde e doença (determinação social da saúde). Tanto a concepção ampliada de saúde, como seu horizonte de direito humano fundamental a ser garantido por sistema de saúde universal e um modelo de atenção integral às populações são indicações que se agregam à concepção abrangente da Atenção Primária na referida declaração. O seu legado é imprescindível para compreender os fundamentos do processo de trabalho da enfermagem neste nível de atenção, sobretudo por sua relação com a abordagem integral e a orientação comunitária e de participação popular incorporadas aos movimentos de reforma sanitária na Saúde Coletiva Latino-Americana e na Saúde Comunitária na Espanha (GIOVANELLA, 2018; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; PASARÍN et al., 2010).

As disputas em torno das concepções da Atenção Primária e dos cuidados primários em saúde aconteceram no despontar da crise estrutural do capitalismo. A progressiva

⁴⁴ Inicialmente pautado pela quantidade de procedimentos realizados, o pagamento por desempenho (resultados) de médicos foi articulado a indicadores pioneiramente pela Inglaterra, sendo em seguida adotado pela Alemanha e França. Neste último, **a remuneração variável no serviço público foi articulada aos procedimentos de rasteio de doenças crônicas e “otimização das prescrições”** (DA SILVA, 2012; TABUTEAU, 2014 apud JANSEN-FERREIRA, 2018).

ampliação da cobertura destes serviços foi acompanhada do aumento da presença das profissionais de enfermagem no setor, especialmente nos países periféricos. Não obstante, no aprofundamento da crise, ao mesmo tempo em que se observa o impulso de valorização e ampliação da força de trabalho da enfermagem e escopo de prática para as enfermeiras na Atenção Primária, percebe-se o progressivo aumento da presença do setor privado nos serviços públicos.

Tal presença se dá tanto pela terceirização da gestão e contratação dos profissionais, como pela crescente incorporação de tecnologia e procedimentos contratados neste nível de atenção, com efeitos importantes nos processos de trabalho das profissionais. Ademais, os ciclos conjunturais de crise e as restrições orçamentárias para os serviços públicos de saúde nos sinaliza que há aprofundamento dos impactos de precarização e aumento da exploração do trabalho neste setor para as profissionais de enfermagem. Frente a estes pressupostos, buscaremos situar a estratégia metodológica da pesquisa para compreender os aspectos do processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária a partir da crise conjuntural de 2008, aprofundando a crise estrutural do capitalismo.

A estratégia de investigação apoia-se no referencial teórico-metodológico do materialismo histórico-dialético para se debruçar sobre o objeto de estudo relacionado aos aspectos da crise no processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária como momento e parte de uma totalidade mais ampla da organização social. Desta forma, busca-se apreender o fluxo das determinações objetivas, subjetivas e históricas no desenvolvimento destes processos sociais nos contextos particulares da Espanha e Brasil.

De acordo com Ciavatta (2009), a aproximação comparativa deve considerar as condições políticas, sociais e econômicas que permeiam o objeto, devendo estes elementos constarem nos critérios teórico-práticos da produção do conhecimento e dos estudos comparados. Neste sentido, ao propormos a realização de um estudo em perspectiva comparativa entre países, acreditamos que seja plausível considerar na abordagem do fenômeno estudado as transformações do modo de produção, o Estado, a inserção dos países na divisão internacional do trabalho e a hegemonia em nível mundial (CIAVATTA, 2009).

Ainda que não tenha a pretensão de esgotar os temas supracitados, trataremos de apontar estas questões que permeiam o contexto histórico, político, econômico e social nos respectivos países, assim como os marcos teóricos e políticos internacionais sobre Atenção Primária, para abordar as definições sobre o trabalho neste nível de atenção. Não obstante, compreendemos que a organização dos sistemas de saúde e da Atenção Primária também respondem às particularidades do desenvolvimento histórico da luta de classes (relações,

tensões e conflitos) no contexto local dos países, diante das conjunturas de crise. Apontamos estes pressupostos para situar a perspectiva comparativa, com base na historicidade e na complexidade dos processos sociais que buscaremos adotar no estudo.

[...] a visão histórica supõe a dialética, a transformação própria à natureza e ao ser humano. O uso de variáveis (medidas pela variação de um valor) e da causalidade (como relação de causa e efeito), próprio às ciências experimentais, aos métodos estatísticos e às abordagens positivistas, não permite que se avance além dos limites mecanicistas impostos ao tratamento dos fenômenos sociais pelo uso dessas categorias. (CIAVATTA, 2009, p. 145)

O trabalho em saúde caracteriza-se pela atenção às necessidades de saúde, realizada conforme organização dos serviços e configuração das políticas do Estado. De acordo com Ramos (2007), considerando que as necessidades são produzidas histórica e socialmente, o trabalho de saúde pode ser compreendido como uma “[...] ação humana destinada ao cuidado do/com o outro”. (RAMOS, 2007, p. 54).

Em sentido ontológico, o *conteúdo* do trabalho é uma prática social que busca o atendimento integral às necessidades de saúde para produção e reprodução da existência humana com qualidade de vida. Em se tratando do tempo histórico do modo de produção capitalista, a *forma* do trabalho de cuidado nos serviços de saúde é assalariada (podendo ser produtivo ou improdutivo a depender do contexto concreto), pautando-se, sobretudo, pelos interesses em disputa no Estado para reprodução ampliada do capital. Isto é, favorecendo a acumulação de capital no setor e mantendo a ordem social através da reprodução da força de trabalho disponível para o mercado (RAMOS, 2007; WAITZKIN, 1980).

Maria Cecília Puntel de Almeida, uma das pioneiras no estudo sobre a enfermagem como prática social no Brasil, realiza sua abordagem a partir dos seguintes aspectos da totalidade do trabalho: estrutura, constituição, limites e mudanças, assim como sua relação com o conjunto das políticas de saúde e inserção na estrutura social. Para a autora, os traços que acompanham as definições da prática profissional da enfermagem se dão no embate das transformações das relações de produção e das forças produtivas no interior da sociedade, sendo os saberes o principal instrumental do trabalho da categoria. Nesse sentido, o desenvolvimento histórico dos saberes da enfermagem foi expresso em técnicas, princípios científicos e nas teorias de enfermagem. As teorias de enfermagem representam a busca da categoria pela autonomia da prática e foro científico para a profissão, contribuindo para o conhecimento e manipulação do objeto de trabalho. Entretanto, ocultam na organização os conflitos relacionados às contradições da divisão entre trabalho intelectual e manual no interior da categoria (ALMEIDA; ROCHA, 1989)

Almeida e Rocha (1986) apontam a divisão técnica e social do trabalho como estruturante da enfermagem moderna, legitimando a hierarquia e a disciplina no trabalho da categoria. Nightingale reproduz a influência da sua classe social alta, da organização militar e religiosa nas relações de subordinação e dominação de classe social na formação profissional e no trabalho da enfermagem na Inglaterra. Por outro lado, a divisão do trabalho na categoria está também relacionada aos objetivos políticos e econômicos de cura dos pacientes e à ocupação do poder médico no hospital no século XIX nos Estados Unidos e Inglaterra.

Houve incorporação crescente de tecnologia para tratamento, acarretando o aumento expressivo de procedimentos e técnicas terapêuticas empregadas para a cura, demandando grande quantitativo de pessoal da enfermagem para sua realização. No período, a demanda foi suprida através da qualificação rápida no serviço e contrato a baixo custo como força de trabalho de enfermagem, atendendo à lógica mercantil da reprodução do capital no modelo médico-hospitalar. Todavia, na reprodução hierárquica da divisão do trabalho no âmbito hospitalar, coube à enfermeira de nível superior o papel da aplicação dos princípios da administração científica com vistas ao aumento da produtividade e controle do trabalho da categoria, quando não da própria administração da instituição (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Neste sentido, como aponta Graciette Borges, a prática da enfermagem reúne diferentes níveis de formação e é imersa em contradições: “[...] a enfermagem moderna, fundamentada no conhecimento científico e no ensino sistematizado, caracterizado pelo assalariamento e reproduzindo em seu interior a divisão entre trabalho intelectual e trabalho manual, é produto do capitalismo.” (SILVA, 1986, p.135)

Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (2017) aponta que, para compreender o processo de trabalho em saúde na perspectiva teórico-metodológica do materialismo histórico-dialético, faz-se necessário tomar seus saberes como expressão de um conjunto de determinações internas e externas a ele no interior do seu processo de realização, apontando suas dimensões técnicas e sociais. Contudo, o interesse é ir além da ideologia tecnocrática da avaliação eficiência-eficácia, para compreender os interesses envolvidos nas decisões políticas sobre as definições do processo de trabalho em saúde. Desta maneira, torna-se possível compreender não apenas seus sentidos técnicos, mas, também, e principalmente, o sentido social e político articulado às suas definições.

De acordo com Peduzzi, Silva e Lima (2013), a divisão do trabalho de enfermagem no exercício profissional fragmenta as ações e segmenta a concepção da execução, expressos em termos de “cuidado direto” (trabalho assistencial em contato com o usuário) e “cuidado indireto” (planejamento e gerenciamento do cuidado e do serviço). Esta contradição estrutural

na categoria tensiona as relações entre os profissionais e compromete a qualidade da assistência. Por outro lado, a partir da discussão marxista do *processo de trabalho* e do processo de trabalho em saúde de Mendes Gonçalves, as autoras indicam o seguinte modelo de análise:

No processo de trabalho, destacam-se seus elementos constituintes: a *atividade adequada a um fim*, que é o próprio trabalho; o *objeto* de trabalho, que é a matéria a ser transformada em seu estado bruto ou resultante de um trabalho prévio; os *meios de trabalho*, os instrumentos utilizados pelo trabalhador nesse processo; e os *agentes* que devem ser analisados no interior das relações recíprocas entre objeto de trabalho, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo da divisão do trabalho. (PEDUZZI; SILVA; LIMA, 2013, p. 224)

Segundo Peduzzi, Silva e Lima (2013), desde a sua institucionalização, a enfermagem apresentou diversos modelos de *organização do trabalho* que representam o saber-fazer da enfermagem, como forma de nortear o conjunto das ações na área. As autoras destacam quatro modelos principais desenvolvidos até a atualidade: *cuidado funcional*, *trabalho em equipe*, *cuidado integral* e *primary nursing*. O primeiro modelo de organização configura o trabalho em tarefas simples de forma parcelar, com pouca ênfase na relação interpessoal no processo de trabalho com os usuários. Esse modelo atende à necessidade de produção em massa de procedimentos no âmbito dos serviços de saúde, representou a influência de teorias da administração científica clássica e foi difundido a partir dos modelos americanos do trabalho de enfermagem. O trabalho em equipe surge a partir da demanda do pós-guerra de enfrentar a escassez de trabalhadores da enfermagem nos Estados Unidos da América (EUA), contudo manteve-se o mesmo modelo de trabalho fragmentado e sob a liderança da enfermeira.

Frente às críticas aos modelos anteriores, o cuidado integral busca assistir a todas as necessidades humanas básicas em perspectiva holística (biopsicossocial-espiritual), com base no método da sistematização da assistência de enfermagem.

A construção do corpo teórico específico para a profissão, a partir da década de 1950, é a base para a definição do Processo de Enfermagem (PE) e Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e estatuto científico profissional da categoria. O PE é desenvolvido principalmente a partir da experiência anglo-saxã (Estados Unidos da América e Reino Unido), sendo fundamentado por um conjunto de conceitos e proposições próprios de um determinado modelo teórico. A SAE baseia-se no método empregado pelo PE para conferir cientificidade, padronização da qualidade e de registro das práticas/atividades profissionais da enfermagem. Esta discussão foi introduzida no cenário brasileiro nos anos de 1970, entretanto, foi estabelecida normativamente em âmbito nacional, a partir da Resolução do

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 272/2002 e regulamentada pela Resolução do COFEN nº 358/2009, como atividade privativa da enfermeira (cabe aos demais membros da equipe de enfermagem a execução das tarefas prescritas pela profissional de nível superior), composta pelas seguintes etapas do PE: histórico, exame, prescrição e evolução de enfermagem (GARCIA; NÓBREGA, 2009; HERMIDA, 2004)⁴⁵.

Entretanto, observa-se a persistência da divisão entre “cuidados simples” procedimental, atribuída aos profissionais de nível médio; e “cuidados complexos” sob a responsabilidade do enfermeiro, reproduzindo a cisão entre trabalho manual e intelectual na divisão técnica e social do trabalho da enfermagem. Por fim, o *Primary Nursing* surge na década de 1970 com a proposta de favorecer maior autonomia e responsabilidade pelo cuidado à enfermeira, e não na equipe de enfermagem:

O primary nursing é um modo de organização da assistência de enfermagem em que um único enfermeiro é responsável pela avaliação e elaboração do plano de cuidados dos pacientes sob sua responsabilidade. Esse enfermeiro é denominado enfermeiro principal, pode ser a principal referência, tanto para usuários/pacientes e suas famílias como para a equipe de enfermagem e equipe multiprofissional. A responsabilidade do enfermeiro principal não é delegada ao enfermeiro do próximo turno. A continuidade está baseada no plano de cuidados elaborados pelo enfermeiro principal e na comunicação desse enfermeiro com os enfermeiros associados. (PEDUZZI; SILVA; LIMA, 2013, p. 231)

Para as autoras, o trabalho da enfermagem pode ser considerado “trabalho imaterial”, qual seja, o processo de produção é realizado na ação de cuidado, mediado por relações interpessoais. Não obstante, compreendemos que o *conteúdo* imaterial do processo de trabalho em saúde, apesar de imprimir características artesanais, por envolver a subjetividade e criatividade individual na produção do cuidado, é determinado pela *forma* capitalista de trabalho assalariado e de intervenção estatal, atuando para a garantia dos interesses de acumulação no setor e reprodução ampliada do capitalismo. Ademais, a dinâmica de expansão do capital para o setor saúde e a reestruturação produtiva no âmbito dos processos produtivos

⁴⁵ De acordo com Hermida (2004, p. 733): “[...] o PE pode ser entendido como a aplicação prática de uma teoria de enfermagem no cotidiano da assistência de enfermagem aos pacientes. O PE é uma forma organizada de cuidar do paciente, seguindo alguns passos previamente estabelecidos (coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação dos resultados). É um método a ser seguido a fim de alcançar os objetivos desejados em relação à assistência de enfermagem, o qual baseia-se num modelo assistencial e deve levar em conta a especialidade a que está sendo dirigido (cardiologia, pediatria, etc).” É importante reconhecer que este instrumental é incorporado ao sistema de informação por meio das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) como forma de padronização do trabalho de enfermagem nas instituições. O Conselho Internacional de Enfermagem (ICN) aprovou, em 1989, a Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE), desenvolvida principalmente para subsidiar a prática clínica da enfermagem, visando ser uma ferramenta que permita o registro e a tomada de decisão profissional incorporados aos sistemas computadorizados. Atualmente compila as classificações de enfermagem em âmbito mundial, sendo incorporada à Família das Classificações Internacionais da OMS desde 2008 (GARCIA; NÓBREGA, 2009)

impõem ao processo de trabalho em saúde crescente controle, homogeneização e padronização das atividades e atos, principalmente através do uso da TIC.

Pires (2001), no início do milênio, apontava a problemática da reestruturação produtiva em curso no trabalho em saúde e da enfermagem no cenário de mundialização do capital. A autora sinalizava as seguintes tendências da reestruturação produtiva na saúde: incorporação e uso intensivo de novas tecnologias (procedimentos, exames diagnósticos, insumos e materiais da indústria médico-hospitalar e farmacêutica); inovações tecnológico-organizacionais (terceirizações); mudanças na organização do trabalho e modelo assistencial (aumento da divisão técnica do trabalho e do trabalho parcelar); ampliação do desgaste da força de trabalho na saúde dos trabalhadores; aumento da qualificação do trabalho da enfermagem (conquista representada na época sobretudo a partir da lei do exercício profissional brasileira); e ampliação da terceirização e precarização do trabalho na saúde. Agregam-se à estas mudanças, o sofrimento e o mal-estar causados pelas contradições e distâncias entre trabalho prescrito e real, agravado por seu constrangimento diante das necessidades humanas reais a que dizem respeito a sua finalidade tanto na saúde quanto na educação (KUENZER, 2004).

Compreendemos que a crise estrutural do capitalismo se aprofundou, com novos ciclos conjunturais que se seguiram de estratégias de retomada das taxas de lucro, através dos processos de reestruturação produtiva, com severos impactos na organização e nas definições do processo de trabalho em saúde. Encontramos em Mészáros (2011b, 2011a) e em Ricardo Antunes (2002, 2009, 2010a, 2018) especial contribuição e apontamentos metodológicos para a investigação dos efeitos da crise capitalista e reestruturação produtiva no mundo do trabalho.

O conceito de reestruturação produtiva adotado no estudo está relacionado à estratégia de aumento da produtividade do trabalho e expansão do capital em respostas à sua própria lógica concorrencial destrutiva geradora de crises, aprofundando a exploração do trabalho (ANTUNES, 2018; DRUCK, 2011; MÉSZÁROS, 2011a). Desta forma, manifesta-se nos seguintes fenômenos mais gerais no mundo do trabalho: precarização estrutural do trabalho (flexibilização, terceirizações, tipos de contrato e perdas salariais, insegurança e riscos no trabalho, fragilidade dos sindicatos) e modificações no padrão de gestão/ gerenciamento do trabalho (intensificação do trabalho, polivalência, multifuncionalidade, aumento jornada do trabalho, gerenciamento por estresse). Os aspectos da reestruturação produtiva podem ser assim sintetizados, de acordo com a tipologia da precarização social do trabalho:

(i) As formas de mercantilização da força de trabalho, produzindo um mercado de trabalho heterogêneo, segmentado, marcado por uma vulnerabilidade estrutural e com formas de inserção (contratos) precários, sem proteção social; (ii) Os padrões de gestão e organização do trabalho – que tem levado a condições extremamente precárias, através da intensificação do trabalho (imposição de metas inalcançáveis, extensão da jornada de trabalho, polivalência, etc.); (iii) As condições de (in)segurança e saúde no trabalho – resultado dos padrões de gestão, que desrespeitam o necessário treinamento, as informações sobre riscos, medidas preventivas coletivas, etc.; (iv) A condição de desempregado e a ameaça permanente da perda do emprego.; (v) O enfraquecimento da organização sindical e das formas de luta e representação dos trabalhadores, decorrentes da violenta concorrência entre os mesmos, da sua heterogeneidade e divisão, implicando numa pulverização dos sindicatos criada, principalmente, pela terceirização; (vi). A condenação e o descarte do direito do trabalho, fruto da fetichização do mercado, que tem orquestrado e decretado uma ‘crise do direito do trabalho’, questionando a sua tradição e existência. (VARELA, 2018 p. 5)

Diante destes pressupostos teórico-metodológicos e conceituais, descrevemos o planejamento e o processo da investigação realizada neste estudo. Por um lado, procuramos sistematizar os principais elementos do processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária com base na Saúde Comunitária e Saúde Coletiva para auxiliar a análise sobre os aspectos do processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária na Espanha e no Brasil.

1.5 Procedimentos metodológicos: sujeitos, cenários e fontes de investigação

Trata-se de um estudo em perspectiva comparada, a partir de abordagem qualitativa, que busca analisar aspectos do processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária em conjunturas de crise no Brasil e na Espanha. De acordo com Gil (2008), os métodos comparativos ressaltam diferenças e similaridades no procedimento da investigação de indivíduos, classes, fenômenos e/ou fatos: “Sua ampla utilização nas ciências sociais deve-se ao fato de possibilitar o estudo comparativo de grandes grupamentos sociais, separados pelo espaço e pelo tempo. Assim é que podem ser realizados estudos comparando diferentes culturas ou sistemas políticos.” (GIL, 2008, p. 16-17).

Ambos os países vivenciam efeitos da crise conjuntural de 2008 com desdobramentos particulares nas políticas sociais, nos sistemas de saúde e na saúde da população. As crises

econômico-políticas afetam as condições de vida e saúde da população, restringem a capacidade dos serviços de saúde e precarizam o trabalho dos profissionais. Ademais, considerando o caráter estrutural da crise no capitalismo, entende-se que o processo de reestruturação produtiva e expansão do capital para a saúde implicam mudanças nas configurações e definições do processo de trabalho da enfermagem, especialmente com o fenômeno da mercantilização dos serviços públicos e financeirização das políticas sociais. No contexto de crise, o trabalho da enfermagem assume importância reconhecida nos sistemas de saúde, especialmente no primeiro nível de atenção para atender às demandas e necessidades de saúde e cuidado à população (DAVID et al., 2018; MARTÍNEZ-RIERA, 2012).

Para Minayo (2013), o objeto de pesquisa nas Ciências Sociais tem caráter essencialmente qualitativo por se tratar de buscar explicações aproximativas do dinamismo das vidas individuais e coletivas em sua riqueza de significados e sentidos. Compreendendo a complexidade da realidade em que se insere o objeto, busca-se alcançar explicações sobre os fenômenos, a partir de informações dos dados que apresentam regularidades em situações específicas, estendendo-se a possibilidade de conclusões gerais em virtude da descoberta das relações essenciais nas propriedades destes fenômenos. Ademais, a autora aponta que a abordagem qualitativa permite uma melhor análise nos estudos que envolvem o desenvolvimento de processos históricos sociais (MINAYO, 2013).

O processo da investigação buscou levantar documentos-marco e realizar análise de documentos oficiais, contendo diretrizes estratégicas para o trabalho em saúde e da enfermagem na Atenção Primária, da OMS em parceria com a OIT, o BM e Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE). De acordo com Evangelista (2012), a seleção, leitura, sistematização e análise das evidências manifestam a intencionalidade de documentos produzidos a partir de determinado contexto histórico. Tornam-se fontes fecundas vinculadas à pesquisa e aos determinantes mais profundos de investigação com vistas a elucidar, discutir e desconstruir compreensões de mundos impressas em sua produção (EVANGELISTA, 2012). Ademais, utilizamos dados secundários disponíveis nestas plataformas institucionais e em outras oficiais, tais como Ministérios da Saúde e Conselhos Profissionais de Enfermagem, para caracterizar a força de trabalho da enfermagem na Atenção Primária e apoiar a análise, em perspectiva comparada, dos efeitos da crise nos respectivos países.

Por outro lado, procuramos valorizar os aspectos subjetivos, percepções e experiências dos profissionais de enfermagem no contexto concreto de trabalho no Brasil e na Espanha. Nesta perspectiva, de acordo com Ramos (2014), a análise da singularidade da situação do

objeto de pesquisa à luz de conceitos universais, do contexto e da conjuntura mais ampla pode contribuir para revelar particularidades das mediações históricas produzidas pelos sujeitos. Pressupõe-se que seja necessário reconhecer a experiência singular e particular nas expressões concretas dos processos sociais no contexto da realização do trabalho (CARIA, 2014; RAMOS, 2014).

Desta forma, a estratégia de coleta de dados empíricos buscou apreender a percepção dos sujeitos sobre seu processo de trabalho e da crise, assim como identificar elementos que dizem respeito aos efeitos da conjuntura de crise no cotidiano das interações sociais e das atividades da profissão. O planejamento da pesquisa de campo contemplou a imersão da investigadora nas unidades de saúde de Atenção Primária no Brasil e na Espanha, articulando os seguintes instrumentos de coleta de dados: observação participante, entrevistas e questionário estruturado. Programamos, a princípio, um período de um a dois meses de imersão no campo, em ao menos três unidades de saúde (aproximadamente 14 dias em cada unidade) da Espanha e do Brasil.

Atendendo a todos os preceitos éticos que regem as pesquisas com seres humanos, o projeto foi submetido e aprovado, via Plataforma Brasil, pelo Comitê de Ética na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, no Brasil, estando registrado sob o parecer de nº 3.807.851(CAE 27731219.0.0000.5282), e aprovado pela instituição coparticipante Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro sob o parecer de nº 4.046.880 (CAE 27731219.0.3001.5279). Além disso, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética na Universidade de Alicante, na Espanha, estando registrado sob o protocolo de nº UA-2020-02-12.

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXOS A e B) foram redigidos conforme a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012a), e a Folha de Informação sobre a Investigação (ANEXO G), como previsto pela Lei Orgânica 3/2018 (ESPAÑA, 2018a) e estipulado pelo Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho Europeu (UNIÃO EUROPEIA, 2016). Todos os participantes tiveram sua privacidade assegurada durante a realização das entrevistas, a fim de manter a integridade e a preservação dos dados. O anonimato dos sujeitos foi mantido, utilizando-se de códigos e optando-se por não revelar o cenário específico de realização da pesquisa presencial como forma de garantir a confidencialidade, sigilo das respostas e segurança dos participantes.

O projeto de pesquisa recebeu financiamento pelo Programa Institucional de Internacionalização da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/PRINT) entre os períodos de 1º dia de janeiro de 2020 e 28 de março de 2020; e 1º

dia de janeiro de 2021 e 31 de março de 2021, mediante a aprovação em doutorado sanduíche pelo edital de nº 41/2017. O processo de articulação, tradução e adaptação dos instrumentos de investigação e dados coletados na Espanha obteve apoio e parceria do Prof. Dr. José Ramón Martínez Riera do Departamento de Enfermería Comunitária, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, localizado no Campus de San Vicente del Raspeig, da Universidade de Alicante. Foram utilizados os seguintes instrumentos adaptados aos respectivos países: questionário estruturado (APÊNDICES A e B); roteiros de entrevista para enfermeiros de equipe (APÊNDICES C e D), técnicos/auxiliares de enfermagem (APÊNDICES E e F) e gestores/gerentes (APÊNDICES G e H); e roteiro de observação participante (APÊNDICE I).

O critério de escolha dos cenários se deu pela história da organização da Atenção Primária nos países em localidades mais vulneráveis nos municípios, privilegiando as unidades que estavam em funcionamento há ao menos 10 anos e maior chance de concentração de profissionais com mais tempo de trabalho no local, a fim de captar a percepção dos participantes sobre processos de reestruturação da Atenção Primária. No município do Rio de Janeiro, Brasil, encontramos ao menos dois tipos de unidades de Atenção Primária: os modelos de Clínica da Família (CF), compostos apenas por profissionais das equipes de Saúde da Família (cada equipe tem 1 médico, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem e 1 a 4 Agentes Comunitários de Saúde vinculados à determinada população cadastrada); e os modelos tradicionais dos Centros Municipais de Saúde (CMS) que têm em sua composição, além das equipes de Saúde da Família, profissionais do modelo de Atenção Primária anterior (sem vinculação cadastral a uma equipe específica), alguns ainda atuantes no âmbito da realização de Programas de Saúde (Programa de Tuberculose e Hanseníase, por exemplo) e especialistas vinculados ao Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF-AB) (em sua maioria médicos pediatras, ginecologistas, dermatologistas, psiquiatras e, em algumas unidades, contendo nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, assistentes sociais).

Em Alicante, Espanha, não identificamos essas diferenças nos tipos de unidade de Atenção Primária. Procuramos contemplar na escolha dos cenários de pesquisa os três tipos de unidade de Atenção Primária: CF, CMS e Centro de Saúde. Respeitando os critérios de inclusão anteriormente descritos, a escolha do cenário foi realizada mediante a indicação da Coordenação da Área Programática (CAP) na Zona Oeste do Rio de Janeiro e respectiva autorização das gerências das unidades, no Brasil; assim como pela indicação e articulação da Universidad de Alicante junto à gestão do Departamento de Salud de Alicante e respectiva autorização da gerência da unidade, na Espanha.

Não obstante a irrupção da pandemia do novo coronavírus (Covid-19) no início do ano de 2020, foi possível a realização da pesquisa de campo conforme planejado somente no Brasil. Entre intervalos de períodos de maior incidência, a coleta de dados aconteceu nos meses de agosto e setembro de 2020. Na Espanha, a pesquisa de campo foi realizada em apenas uma das unidades, considerando que, no momento em que se realizava a coleta de dados no cenário, foi necessária sua interrupção frente à irrupção da “primeira onda” da Covid-19 no país, com a declaração do *Estado de Alarma* (ESPAÑA, 2020) e suspensão das atividades de pesquisa e ensino. Na época, havia sido possível a aplicação dos instrumentos com quatro enfermeiras, permanecendo na unidade os 10 primeiros dias de março de 2020. Neste sentido, reprogramamos retorno à Espanha em 2021 para encerrar a etapa da pesquisa de campo. Contudo, foi necessária a adaptação da estratégia de coleta (entrevista e questionário) utilizando a estrutura da Universidade de Alicante e/ou meios digitais, diante de nova irrupção da “terceira onda” da Covid-19 entre os meses de janeiro e março de 2021 no país.

A observação participante foi o momento de imersão no contexto concreto do processo de trabalho, em que foi possível acompanhar o cotidiano e as atividades de cada profissional da enfermagem, por aproximadamente 1 a 3 dias, de acordo com suas condições e disponibilidades. Utilizou-se um roteiro de observação, contendo elementos que direcionavam o registro das atividades do processo de trabalho e efeitos relacionados à conjuntura de crise, sendo identificados e registrados em Diário de Campo. O tempo, o período e as características das unidades que participaram da pesquisa, através da observação participante, estão sintetizadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Unidades de Atenção Primária da observação participante no Brasil e na Espanha

País / Munic.	Unid	Tipo	Administr. (Gestão)	Horário Funcionamento	Equipes	Enferm.	Técnicos/ Auxiliares	Período	Tempo de OP
Espanha – Alicante	A	CS	Direta	Segunda a Sexta 8:00-21:00 Sábado 8:00-15:00	6 EAP 2 EP 1EM	9	2	02/03/2020 a 12/03/2020	60h
Brasil – Rio de Janeiro	B	CMS	Direta e Indireta (OS)	Segunda a Sexta 7:00-18:00 Sábados 7:00-12:00	6 eSF 1 NASF	5	15	04/08/2020 a 17/08/2020	30h
	C	CF	Indireta (OS)	Segunda a Sexta 7:00-18:00 Sábados 7:00-12:00	5 eSF	5	5	17/08/2020 a 26/08/2020	19h
	D	CMS	Direta e Indireta (OS)	Segunda a Sexta 7:00-17:00	5 eSF 1 EAP	8	26	31/08/2020 a 10/09/2020	24h

Fonte: A autora.

Os sujeitos da pesquisa foram as profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos/auxiliares) que atuavam na assistência e gerência/gestão das respectivas unidades de Atenção Primária, excluindo-se aqueles que estavam afastados por motivo de saúde ou vacância. O recrutamento dos sujeitos se deu tanto pelo contato prévio e apresentação do estudo junto às gerências das unidades, como pela conversa e apresentação individual pela investigadora no período da pesquisa de campo. As profissionais foram acompanhadas e entrevistadas no cenário das unidades, conforme se interessavam e se disponibilizavam a participar do estudo. Todavia, no período de retorno à Espanha, nos deparamos com a dificuldade de recrutar os sujeitos da pesquisa, considerando a sobrecarga de trabalho associada ao aumento da incidência de casos, aliada ao início das campanhas de vacinação contra a Covid-19. Neste sentido, foi necessária a adaptação do recrutamento dos sujeitos, tendo sido realizado de acordo com a generosa disponibilidade das profissionais, a partir do contato mediado pelo professor parceiro na Espanha, assim como por indicação das próprias profissionais à medida que as entrevistas eram realizadas.

Os questionários foram organizados em dois eixos temáticos: aspectos relacionados à identificação de trabalhadores e aspectos relacionados às condições de trabalho (momento da produção). As questões incluídas neste instrumento buscaram identificar o perfil da força de trabalho de enfermagem nos cenários da pesquisa de campo, ressaltando elementos gerais das condições de trabalho (tipos e quantidade de vínculos, carga horária total de trabalho, remuneração, qualificação profissional) e específicos em relação ao trabalho na Atenção Primária (tempo de trabalho, motivação e satisfação). Antes da aplicação dos questionários aos sujeitos, foi feita a testagem dos instrumentos com profissionais de enfermagem no município do Rio de Janeiro-RJ, Brasil, e em Alicante, Espanha. Não houve maiores dificuldades e sugestões para o questionário no Brasil, no entanto foram necessárias adaptações de termos e expressões conforme realidade cultural específica da Espanha.

As entrevistas em profundidade foram orientadas por um roteiro para desenvolvimento da interlocução, de forma a permitir uma descrição sucinta, breve e abrangente pelo pesquisador, orientando o rumo da fala do interlocutor. Procurou-se também ser flexível na conversa e absorver novos temas trazidos pelos entrevistados que atendiam à relevância da pesquisa, permitindo levantar questões que o ajudaram a atingir níveis aprofundados em sua exposição (MINAYO, 2013). Foram construídos roteiros específicos para os principais segmentos e/ou cargos profissionais da enfermagem na Atenção Primária: enfermeiras gestoras/gerentes, enfermeiras assistenciais de equipe e auxiliares/técnicas de enfermagem. O

roteiro das entrevistas foi testado no Brasil e na Espanha, sendo realizados ajustes nos termos e expressões adaptadas ao contexto espanhol. Assim mesmo, procuramos garantir flexibilidade na condução das entrevistas, permitindo a exposição aprofundada dos temas pelas profissionais.

Responderam ao questionário um total de 63 profissionais de enfermagem: 31 enfermeiras (17 no Brasil e 14 na Espanha) e 32 técnicas/auxiliares de enfermagem (31 no Brasil e 1 na Espanha). Participaram das entrevistas, ao todo, 51 profissionais de enfermagem: 29 enfermeiras (16 no Brasil e 13 na Espanha), entre eles cinco enfermeiras na gestão (duas gerentes de unidade e 1 em cargo de gestão na administração municipal no Brasil; e 1 gerente de unidade e 1 gestor em cargo de gestão na administração municipal na Espanha) e 24 técnicas/auxiliares de enfermagem (23 no Brasil e 1 na Espanha) – ver Quadros 2, 3 e 4.

Quadro 2 – Participantes das entrevistas na pesquisa na Atenção Primária da Espanha (continua)

Código	Categoria	Cargo	Unidade de Saúde	Tempo de atuação	Comunidade Autônoma
Enf.1 ES	Enfermeiro	Equipe (EAP) ¹	A	17 anos	Comunidade Valenciana
Enf. 2 ES	Enfermeiro	Equipe (EAP)	A	13 anos	Comunidade Valenciana
Enf. 3 ES	Enfermeiro	Equipe Pediatria	A	31 anos	Comunidade Valenciana

Quadro 2 – Participantes das entrevistas na pesquisa na Atenção Primária da Espanha (conclusão)

Enf. 4 ES	Enfermeiro	Matrona	A	1 ano	Comunidade Valenciana
Enf. 5 ES	Enfermeiro	Gestão de Casos	-	4 anos	Comunidade Valenciana
Enf. 6 ES	Enfermeiro	Equipe (EAP)		28 anos	País Basco
Enf. 7 ES	Enfermeiro	Equipe (EAP)	-	1 ano	Madri
Enf. 8 ES	Enfermeiro	Equipe (EAP)	-	1 ano	Madri
Enf. 9 ES	Enfermeiro	Equipe (EAP)	-	34 anos	Madri
Enf. 10 ES	Enfermeiro	Equipe (EAP)	-	16 anos	Madri
Enf. 11 ES	Enfermeiro	Gerência CS	-	3 anos	Madri
Enf. 12 ES	Enfermeiro	Equipe (EAP)	-	33 anos	Madri
Enf. 13 ES	Enfermeiro	Equipe (EAP)	-	4 anos	Madri
TCAE.1 ES	Auxiliar	Equipe (EAP)	-	35 anos	País Basco

Fonte: A autora. ¹Equipe de Atenção Primária (EAP)

Quadro 3 – Participantes das entrevistas na pesquisa da Atenção Básica do Brasil – parte 1

Código	Categoria	Cargo	Unidade	Tempo de atuação	Município
--------	-----------	-------	---------	------------------	-----------

			de Saúde		
Enf.1 BR	Enfermeiro	Equipe SF ¹	B	3 anos	Rio de Janeiro-RJ
Enf. 2 BR	Enfermeiro	Equipe SF	B	8 anos	Rio de Janeiro-RJ
Enf. 3 BR	Enfermeiro	Equipe SF	B	1 ano	Rio de Janeiro-RJ
Enf. 4 BR	Enfermeiro	Equipe SF	B	7 anos	Rio de Janeiro-RJ
Enf. 5 BR	Enfermeiro	Gerência – RT ²	B	8 anos	Rio de Janeiro-RJ
Tec. Enf. 1 BR	Técnico	Equipe SF	B	10 anos	Rio de Janeiro-RJ
Tec. Enf. 2 BR	Técnico	Equipe SF	B	10 anos	Rio de Janeiro-RJ
Tec. Enf. 4 BR	Técnico	Equipe SF	B	10 anos	Rio de Janeiro-RJ
Tec. Enf. 5 BR	Técnico	Equipe SF	B	13 anos	Rio de Janeiro-RJ
Tec. Enf. 6 BR	Técnico	Equipe SF	B	19 anos	Rio de Janeiro-RJ
Tec. Enf. 7 BR	Técnico	Equipe SF	B	3 anos	Rio de Janeiro-RJ
Tec. Enf. 9 BR	Técnico	Equipe	B	24 anos	Rio de Janeiro-RJ
Tec. Enf. 11 BR	Técnico	Equipe	B	17 anos	Rio de Janeiro-RJ
Tec. Enf. 12 BR	Técnico	Gerência	B	20 anos	Rio de Janeiro-RJ
Enf. 6 BR	Enfermeiro	Equipe SF	C	4 anos	Rio de Janeiro-RJ
Enf. 7 BR	Enfermeiro	Equipe SF	C	8 anos	Rio de Janeiro-RJ
Enf. 8 BR	Enfermeiro	Equipe SF	C	6 anos	Rio de Janeiro-RJ
Enf. 9 BR	Enfermeiro	Equipe SF	C	13 anos	Rio de Janeiro-RJ
Tec. Enf. 13 BR	Técnico	Equipe SF	C	7 anos	Rio de Janeiro-RJ
Tec. Enf. 14 BR	Técnico	Equipe SF	C	4 anos	Rio de Janeiro-RJ
Enf. 11 BR	Enfermeiro	Gestão	C	24 anos	Rio de Janeiro-RJ
Enf. 12 BR	Enfermeiro	Gerência	C	18 anos	Rio de Janeiro-RJ
Enf. 13 BR	Enfermeiro	Equipe SF	C	6 anos	Rio de Janeiro-RJ

Fonte: A autora ¹Equipe de Saúde da Família; ²Responsável Técnico

Quadro 4 – Participantes das entrevistas na pesquisa da Atenção Básica do Brasil – parte 2

Código	Categoria	Cargo	Unidade de Saúde	Tempo de atuação	Município
Enf. 14 BR	Enfermeiro	Equipe SF	C	6 anos	Rio de Janeiro-RJ
Enf. 15 BR	Enfermeiro	Equipe SF	C	16 anos	Rio de Janeiro-RJ
Enf. 16 BR	Enfermeiro	Equipe SF	C	4 anos	Rio de Janeiro-RJ
Enf. 17 BR	Enfermeiro	Equipe SF	C	4 anos	Rio de Janeiro-RJ
Tec. Enf. 15 BR	Técnico	Equipe	C	10 anos	Rio de Janeiro-RJ
Tec. Enf. 16 BR	Técnico	Equipe SF	C	34 anos	Rio de Janeiro-RJ
Tec. Enf. 17 BR	Técnico	Equipe SF	C	14 anos	Rio de Janeiro-RJ
Tec. Enf. 18 BR	Técnico	Equipe SF	C	23 anos	Rio de Janeiro-RJ
Tec. Enf. 19 BR	Técnico	Equipe SF	C	18 anos	Rio de Janeiro-RJ
Tec. Enf. 22 BR	Técnico	Equipe	C	20 anos	Rio de Janeiro-RJ
Tec. Enf. 23 BR	Técnico	Equipe	C	25 anos	Rio de Janeiro-RJ
Tec. Enf. 24 BR	Técnico	Equipe SF	C	3 anos	Rio de Janeiro-RJ
Tec. Enf. 25 BR	Técnico	Equipe	C	21 anos	Rio de Janeiro-RJ
Tec. Enf. 29 BR	Técnico	Equipe	C	5 anos	Rio de Janeiro-RJ
Tec. Enf. 31 BR	Técnico	Equipe	C	10 anos	Rio de Janeiro-RJ

Fonte: A autora.

De acordo com Minayo 1992 (apud MINAYO, 2002), a fase de análise da pesquisa constitui-se como o momento em que o pesquisador busca compreensão dos dados, confirmar pressupostos da investigação, responder às questões formuladas, sobretudo ampliando conhecimento sobre o assunto estudado. As categorias são utilizadas para estabelecer a classificação, agrupando elementos, expressões ou conteúdos de um conceito. As categorias analíticas relacionam-se aos conceitos mais gerais e abstratos do referencial teórico-metodológico: materialismo histórico e dialético e conceitos relacionados ao trabalho/processo de trabalho, reestruturação produtiva e crise, conforme discutido por Marx (2017), Mészáros (2011b, 2011a) e Ricardo Antunes (2002, 2009, 2010a, 2018).

As escolhas dos questionamentos realizados na entrevista, no questionário e na observação participante foram delimitadas a partir de categorias prévias, as quais orientaram os roteiros e o diálogo com os participantes de acordo com as questões norteadoras da pesquisa. A aproximação à realidade social e ao universo das relações concretas dos sujeitos no campo ocorre por meio da construção de categorias operacionais. Estas permitem organizar e sistematizar os fatos investigados, estabelecendo “expressões classificatórias” construídas pelo pesquisador e entrevistado, relacionando-os às categorias analíticas (Quadro 5). Desta forma, busca-se apreender e compreender as manifestações específicas e relatos dos grupos pesquisados sobre as temáticas e conferir relevância, coerência e rigor científico ao objeto de estudo (MINAYO, 2002).

Quadro 5 – Sistematização das categorias operacionais do estudo

1. Processo de Trabalho da Enfermagem na Atenção Primária no Brasil e na Espanha
1.1. Objeto de trabalho: necessidades de saúde
1.2. Instrumentos e Finalidades do Cuidado Assistencial da Enfermeira e Auxiliar/Técnica de Enfermagem: Atividades, competências e objetivo do trabalho da enfermagem na Atenção Primária/Saúde Coletiva/Saúde Comunitária
1.3. Instrumentos e Finalidades do Cuidado Gerencial da Enfermeira: Atividades, competências e objetivo do trabalho da enfermagem na Atenção Primária/Saúde Coletiva/Saúde Comunitária
2. Reestruturação Produtiva no Trabalho da Enfermagem na Atenção Primária no Brasil e na Espanha
2.1. Reorganização dos serviços: Mudanças na Atenção Primária
2.2. Precarização do trabalho: Mudanças no modelo de gestão da Atenção Primária
2.3. Modelo de gerenciamento do trabalho: Mudanças no modelo de gestão do trabalho
3. Crises, manifestações na saúde e enfrentamento pela enfermagem da Atenção Primária no Brasil e na Espanha
3.1. Sistemas de saúde e serviços: Efeitos da crise na Atenção Primária
3.2. Necessidades de saúde dos usuários: Efeitos nas condições de saúde dos usuários
3.3. Recursos para enfrentamento da crise pelos profissionais de enfermagem: Efeitos da crise no processo de trabalho e resistências

Fonte: A autora.

Na categoria analítica *processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária*, buscou-se investigar e conhecer a percepção sobre os elementos do processo de trabalho da enfermagem neste nível de atenção, considerando a experiência cotidiana dos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Desta forma, foram elaboradas subcategorias que dizem respeito ao objeto de trabalho na Atenção Primária (*necessidades de saúde*); e aos instrumentos e finalidades do cuidado (*cuidado assistencial e cuidado gerencial*) das profissionais de enfermagem, em diálogo com a perspectiva teórica da Saúde Comunitária espanhola e Saúde Coletiva brasileira. Através desta análise, procurou-se colocar em evidência as experiências, as compreensões e as contradições relacionadas ao processo de trabalho da enfermagem. Procurou-se destacar na categoria analítica *reestruturação produtiva e trabalho da enfermagem na Atenção Primária* os aspectos externos à organização do trabalho da enfermagem, relacionados à *reorganização dos serviços*, ao *modelo de gerenciamento* e à *precarização do trabalho* da enfermagem na Atenção Primária. E, por fim, na categoria analítica *crise*, buscou-se colocar em evidência os efeitos da restrição do orçamento público a partir das *manifestações na saúde e enfrentamento pela enfermagem* e nos *sistemas e serviços de Atenção Primária* e nas *necessidades de saúde dos usuários*, assim como os *recursos para enfrentamento da crise pelos profissionais de enfermagem*.

Procuramos realizar a análise do material com base nestas categorias analíticas, apontadas no referencial teórico, no interior do fluxo das determinações históricas e político-

econômicas da crise estrutural do capitalismo no trabalho da enfermagem, com base nas definições da organização do trabalho em saúde e sua respectiva influência na configuração do processo de trabalho (objeto, meios e finalidades) da enfermagem na Atenção Primária, conforme seu papel na totalidade social, isto é, sua prática social. No entanto, não pretendemos abarcar e esgotar a discussão de todos os processos sociais que influenciam e determinam o trabalho da enfermagem na Atenção Primária, mas certamente ampliar o olhar sobre o processo de trabalho para analisar sua manifestação concreta, buscando captar a relação dialética entre as dimensões macropolítica e micropolítica, no momento predominante que nos encontramos do capitalismo em crise, conforme pode ser visto no Quadro 6.

Quadro 6 – Matriz de análise dos aspectos do Trabalho da Enfermagem na Atenção Primária

Modo de Produção e Reprodução Social	Modelo Proteção Social	Trabalho da enfermagem na Atenção Primária											
		Modelo de Atenção Saúde	Organização Externa do Trabalho em Saúde					Objeto de Trabalho	Organização Interna do Processo de Trabalho em Saúde				
			Gestão da Educação e do Trabalho ⁴⁶						Processo de Trabalho				
			Agente: Enfermeiras, Técnicas/Auxiliares						Meios de Produção			Finalidade	
			Formação	Regulação e Escopo da Prática	Condições Trabalho	Organização Trabalho	Modelo de Gestão		Instrumentos		Ferram.	Prática	
									apreensão Objeto	transformação Objeto	Recursos	Técnica	Social
Momento predominante do modo de produção capitalista	Modelo de proteção social Financetização das políticas sociais	Racionalidade organização tecnológica do trabalho em saúde	Qualificação	Abr. Prática, atribuições e fiscalização a prática	Vínculo Progressão na Carreira Nº pessoas adscritas à equipe	Organização do trabalho, divisão técnica e social do trabalho	Modelo de gerenciamento do trabalho	Necessidades de saúde Indivíduo Família Comunidade	Conteúdo dos Saberes sobre a necessidade e de saúde (concepção de saúde e modelo atenção)	Conteúdo dos Saberes (Relacionais, Técnico-Científicos) e das práticas para transformação da necessidade de saúde	Atividades / Ações	Resultado / Produto vinculado ao modelo de atenção e de gestão em saúde	Relação com a Totalidade Social Trabalho Improdutivo : Reprodução social da força de trabalho e Trabalho Produtivo: Produção de mais-valia
Categoria de análise: Crise	Categoria de análise: Reestruturação Produtiva					Categoria de análise: Trabalho/ processo de trabalho							

Fonte: A autora

⁴⁶ No que tange às definições da gestão do trabalho e educação das profissionais, nos limitamos a discutir as condições de trabalho, organização do trabalho e modelo de gestão e realizar alguns apontamentos nas dimensões da formação, da regulação do escopo de práticas. Entretanto, reconhecemos a importância de se aprofundar em outros estudos as relações e articulações entre as instituições de formação profissional no nível médio e no ensino superior, órgãos reguladores da profissão e outras “partes interessadas” no desenvolvimento de um perfil profissional compatível com os interesses macropolíticos e econômicos no contexto do momento predominante do capitalismo neoliberal em crise estrutural.

2 ATENÇÃO PRIMÁRIA E A ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA CRISE DO CAPITALISMO

O objetivo deste capítulo não é fazer a discussão exaustiva sobre os conceitos da Atenção Primária, considerando que a temática é bem sólida nas literaturas técnica e científica, nacional e internacional. Entretanto, para situar o debate sobre a Atenção Primária, recorreremos a três formas de interpretá-la, conforme Giovanella e Mendonça (2012): como nível de atenção (serviços ambulatoriais generalistas, podendo incluir serviços de saúde pública e clínicos de forma universal); como programa focalizado e seletivo (cestas de serviços restritas); e como uma concepção de modelo assistencial e organização do sistema saúde, de forma abrangente e integral.

Procuramos recuperar o contexto histórico social e político das lutas pela saúde e das configurações das práticas de cuidado na Atenção Primária atravessadas por estas formas de organização do trabalho e do modelo de atenção à saúde, mas, sobretudo, por projetos societários em disputa. Além disso, buscamos identificar as perspectivas internacionais para o trabalho da enfermagem neste nível de atenção, considerando o irromper da crise estrutural do capitalismo, assim como no aprofundamento conjuntural da crise na primeira década do novo milênio no âmbito internacional.

Nesta perspectiva, consideram-se dois marcos fundamentais para Atenção Primária: a Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários em Alma-Ata, 1978, e a Conferência “Global” sobre Atenção Primária à Saúde em Astana, realizada 40 anos depois, em 2018. No entanto, procura-se articular estes marcos a outras manifestações e movimentos políticos que foram se desenvolvendo no âmbito da OMS em articulação com outros organismos internacionais. Trazer esses marcos históricos, no contexto internacional da luta de classes, contribui para esclarecer os interesses em jogo na reprodução ampliada do capital e na incorporação dos conceitos e formas de organizar o processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária.

Propomos fazer este debate considerando os conjuntos teórico-conceituais que fundamentam as disputas sobre a orientação do processo de trabalho na Atenção Primária no Brasil e na Espanha: Saúde Comunitária, Saúde Coletiva e a Atenção Centrada na Pessoa, sobretudo situando o debate no momento do histórico do capitalismo, da luta de classes e da saúde no âmbito internacional. Antes, contudo, faremos um breve resgate histórico do desenvolvimento, da enfermagem e do desenvolvimento da Atenção Primária no contexto da

luta de classes e sua relação com a expansão do capital no início do século XX até a década de 1970.

A íntima relação entre interesses econômicos, comércio global e ações de saúde pública datam do período anterior ao capitalismo disparado, sobretudo pelo risco de interrupção dos fluxos comerciais marítimos devido aos contágios por doenças transmissíveis. A saúde pública historicamente foi se constituindo por um campo de práticas de vigilância, controle e campanhas para contenção de doenças no âmbito coletivo, populacional, vinculada aos interesses econômicos e políticos dos Estados Nacionais e ao contexto internacional de produção e circulação de mercadorias (CUETO, 2006).

Como analisado por Foucault (2008), na medicina ocidental, a prática médica foi se constituindo como autoridade social, conforme sua articulação às decisões coletivas do Estado em um processo de medicalização das manifestações de adoecimento individual. Este processo foi acompanhado do desenvolvimento da medicina clínica e do estabelecimento do hospital como principais instrumentos de intervenção e administração médica. O Estado organizou os elementos da prática social médica a partir do século XVIII, na Alemanha, medicina urbana no final do século XVIII, na França, e medicina da força de trabalho no século XIX, na Inglaterra (FOUCAULT, 2008).

A criação da enfermagem moderna como profissão coincide com o período de transformações do saber médico no hospital, majoritariamente dominado pelas irmãs de caridade que asseguravam o cuidado aos enfermos sob o domínio médico (PADILHA; NELSON; BORENSTEIN, 2011).

[...] o nome de **Florence Nightingale** e os atributos recomendáveis a uma enfermeira confiável, como honestidade, sobriedade, religiosidade e devoção, habilidade de observação minuciosa, fidelidade e delicadeza, cruzaram os mares e se estabeleceram como o modelo de enfermeira a ser seguido para a criação dos primeiros cursos de enfermagem nos países que adotaram o sistema **nightingaleano**. As enfermeiras que frequentavam o curso de enfermagem eram consideradas enfermeiras-padrão, implicando o significado da expressão à presença de todos aqueles atributos. (PADILHA; NELSON; BORENSTEIN, 2011, p. 248, grifo nosso)

A característica da vocação “feminina” e “religiosa” é um traço forte na identidade profissional, sobrepondo aspectos do papel de gênero e da caridade cristã ao processo histórico-social da construção da atividade de cuidado. Apesar da reafirmação profissional, a partir da construção do saber científico próprio, as relações na divisão social do trabalho em saúde mantiveram características semelhantes à opressão e exploração do trabalho

reprodutivo imposto às mulheres no âmbito familiar e doméstico⁴⁷. Ainda que tenha favorecido a delimitação do campo de saberes, a gênese da enfermagem profissional permitiu a reprodução de valores e critérios morais que favoreceram a submissão e a hierarquização do trabalho à ideologia médica⁴⁸ (PASSOS, 2012; SILVA, 1986).

As ações de atenção à saúde foram se desenvolvendo historicamente conforme conjuntura política e econômica; não obstante, é importante destacar o papel destas ações articuladas aos interesses do Estado na manutenção da ordem social. Especialmente no século XIX, com o surgimento do capitalismo e da sua respectiva questão social, as ações de saúde foram estratégicas para a consolidação da industrialização na economia dos Estados Nacionais tanto pela recuperação da força de trabalho como pelo controle social e prevenção de doenças no âmbito coletivo. Não obstante, também foram utilizadas como objeto de disputas em torno das lutas sociais considerando que as precárias condições objetivas de vida da classe trabalhadora aglomerada nas cidades eram associadas ao surgimento das doenças individuais e coletivas (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

Por outro lado, o advento do desenvolvimento da biomedicina a partir do século XVIII permitiu tanto o deslocamento da compreensão relacionada à determinação social no processo saúde e doença para o campo individual e unicausal, como o crescimento do aparato tecnológico de tratamento e cura hegemônica pela prática social médica. O Relatório Flexner, publicado em 1910, nos Estados Unidos, é um marco político importante em relação ao obscurecimento e deslocamento da disputa coletiva em torno da determinação social da

⁴⁷A determinação do social do trabalho feminino e religioso acompanhará o desenvolvimento da profissão no Brasil. Sendo assim, a concepção do trabalho da categoria como atividade representada fundamentalmente pela ação prática e cumprimento de tarefas de caráter de cunho ‘social’ ‘servindo’ à humanidade e à sociedade (FORJAZ, 1955 apud PASSOS, 2012). Passos (2012) aponta a análise crítica realizada por Raimunda Medeiros Germano (apud PASSOS, 2012 p. 23): "A tendência de reduzir o social a uma forma de prestação de serviço parece ser um viés fortemente impregnado na ideologia da enfermagem. Pois em estudo realizado com o conteúdo da Revista Brasileira de Enfermagem, porta-voz oficial da categoria, Raimunda Medeiros Germano (1984) constatou que o social a que a enfermagem se refere é sinônimo de religiosidade e se caracteriza como um ato de servir, ou seja, o social é visto de forma abstrata, sem nenhuma articulação com as condições concretas da realidade. Conforme análise da pesquisadora, é como se a saúde dos indivíduos nada tivesse a ver com as condições histórico-sociais e vice-versa, e como se o atendimento à saúde dependesse apenas do interesse e da boa vontade dos profissionais da área." (grifo nosso)

⁴⁸A preocupação moralizadora da enfermagem era a de transformá-la em uma profissão “respeitável socialmente”, o que remeteu à cientificação da profissão, mas, sobretudo em uma sociedade conservadora, machista e racista, a ter de lidar com papéis sociais femininos e racializados submetidos à opressão e dominação do poder hegemônico médico e à exploração baseada em uma divisão sexual e racial do trabalho: “A preocupação com a respeitabilidade tão bem traduzida pela ‘missão americana’ no Brasil, possuía raízes idênticas às de outros países: o mau conceito que a enfermagem trazia. Também na sociedade americana, ela estava relacionada às qualidades das pessoas que a praticavam, envolvendo aí, mais uma vez, a falta de instrução, e as qualidades morais. A solução encontrada nos Estados Unidos foi a mesma ensinada por Florence – substituir o pessoal de enfermagem por pessoas preparadas e de postura moral socialmente respeitada.” (PASSOS, 2012, p. 37)

saúde para o campo individual dos problemas da saúde, tanto pelas ações de saúde pública como pela prática curativa da medicina liberal (SILVA JÚNIOR, 2006).

O relatório marca a relação entre a hegemonia médica (medicalização, curativa, hospitalar) e o crescimento da indústria farmacêutica e do complexo industrial médico a partir da redução da compreensão do processo saúde doença à uni ou multicausalidade de fatores associados ao desenvolvimento de doenças pelo paradigma biomédico da História Natural das Doenças. Não tardou muito em se observar que a lógica mercantil impressa na atenção à saúde, voltada ao tratamento e cura de doenças, articulada aos interesses das indústrias da saúde, além de iatrogênico, excluía massas expressivas da população pauperizada – o que representou risco de ruptura da ordem social do capital (SILVA JÚNIOR, 2006).

Por outro lado, no contexto de pós-guerra, o *Welfare State* foi conquistado pela classe trabalhadora e utilizado como estratégia político-econômica no âmbito dos Estados Nacionais da Europa para sua reconstrução e para assegurar a hegemonia da ordem social capitalista na crise despontada em 1930, frente à ameaça socialista representada pela vizinha União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). É neste contexto de entreguerras que é aprovado o Relatório *Beveridge* inovando a seguridade social na Inglaterra em 1942, com base na teoria da cidadania de Marshall (DIAS, 1998; PEREIRA, 2008).

É neste contexto que os principais modelos de experiências sistematizadas de Atenção Primária surgem. Uma vez constatada a seletividade do modelo biomédico mercantilizado, as propostas dos Cuidados Primários da Saúde elaboradas nos EUA foram as formas pelas quais o Estado controlou a questão social da saúde na população pauperizada. Para esta população, sem acesso à assistência médica pelos seguros privados de saúde, eram oferecidas “cestas básicas” de serviços preventivos e campanhistas para o controle social tanto das doenças transmissíveis, como populacional diante do risco de ruptura social. Outro modelo, o Relatório *Dawson* em 1920, responsável pela elaboração da concepção da Atenção Primária como “porta de entrada” de um sistema nacional de saúde universal, foi incorporado ao Relatório *Beveridge* e *Welfare State* diante do risco de ruptura da ordem social pela ameaça socialista (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012; SILVA JÚNIOR, 2006).

As formas distintas da Atenção Primária nestes países são complementares à medicalização e à expansão da indústria da saúde, principalmente pelo paradigma de atenção biomédico, como estratégia de inclusão da massa na oferta dos serviços de saúde mercantilizados, assim como na expansão da acumulação capitalista através do consumo de bens e serviços pelo Estado. Essas formas diferentes, mas com a mesma lógica, foi exportada

para outros países, especialmente a americana, através da Medicina Preventiva⁴⁹ e Comunitária⁵⁰, a princípio aos países da América Latina, África e Ásia – articulados à Teoria Gerencialista (alta produtividade a baixo custo) (SILVA JÚNIOR, 2006). Cabe ressaltar que também estava em jogo um terceiro modelo de Atenção Primária, com lógica e horizonte de assistência à saúde para toda a população na perspectiva de atenção integral.

2.1 Atenção Primária no contexto da crise estrutural do capitalismo: do direito universal ao mercado global de saúde

O contexto da luta de classes no século XX foi marcado pelos “anos quentes” da Guerra Fria, entre 1960 e 1970. Neste período, manifestaram-se grandes batalhas em todas as partes do globo – movimentos estudantil, contra a Guerra do Vietnã, negro (morte de Martin Luther King militante dos direitos civis dos negros, Panteras Negras, Black Power nos EUA). Além desses movimentos, foi deflagrada a Greve Geral francesa (mais de 10 milhões de trabalhadores em greve nas fábricas) e o movimento feminista (“segunda onda”⁵¹ questionadora da estrutura da divisão sexual e racial do trabalho, de liberdade sexual, de gênero). O “maio de 1968” é particularmente importante pela expansão dos movimentos sociais e lutas de classes em âmbito internacional, estremecendo a estabilidade social, uma verdadeira crise do modo de vida no capitalismo⁵² (ALI, 1978; ENRIQUE; CARVAJAL, 2008; MORAES, 2012; PEREIRA, 2019).

O aprofundamento da questão social e a sua relação com a saúde neste período foi se tornando alvo de intensos debates e diversos interesses no âmbito dos organismos e agências

⁴⁹ A Medicina Preventiva parte do modelo teórico-conceitual da História Natural das Doenças, o qual concebe o processo saúde-doença como resultado da interação de fatores sociais isolados simplificados e agentes biológicos à produção da doença. Conforma a prática Preventivista com base essencial na biomedicina, acrítica ao processo de produção e determinação social da saúde (AROUCA, 2003; PAIM, 2003).

⁵⁰ De acordo com Silva Júnior (2006), o modelo de Medicina Comunitária foi utilizado como estratégia de controle social pelo governo dos EUA na década de 1960 através da ação focalizada no pauperismo. Esta proposta ideológica foi exportada para os países latino-americanos.

⁵¹ Entre as bases das suas pautas, tais como “o privado é político”, estava a discussão da teoria relacionada à divisão sexual do trabalho, a qual dizia respeito à condição de exploração pelo sexo relacionada à função reprodutiva (MATOS, 2010).

⁵² Com todas as dificuldades enfrentadas no âmbito das organizações tradicionais de esquerda, os movimentos populares e lutas sociais tomaram conta do mundo neste período. Mostraram uma face importante da classe trabalhadora que não estava bem integrada às lutas do movimento operário tradicional à época: negros, estudantes, mulheres, indígenas, LGBTQI, entre outros.

internacionais⁵³. Segundo Lima (2014), o BM iniciou seu investimento direto em projetos focalizados sob a lógica perversa do controle demográfico, isto é, de controle da população empobrecida sob o propósito de promover “crescimento econômico” nos países “em desenvolvimento”. Na gestão de Robert McNamara, o BM lança a abordagem das Necessidades Humanas Básicas (NHB) como forma de financiar ações mínimas para atender à pobreza absoluta ou a grupos específicos, iniciando transações de empréstimos, subvenções e assistência técnica para países da periferia. Na área da saúde, aprovou seu primeiro empréstimo para a área do planejamento familiar em 1970 (BROWN; CUETO; FEE, 2006; LIMA, 2014; PIRES-ALVES; CUETO, 2017).

Pires-Alves e Cueto (2017) sinalizam que, neste período, também se desenvolvia ampla movimentação⁵⁴ no sistema das Nações Unidas em torno da disputa por novas formas de organização da economia e sociedade diante da crise estrutural que despontava. Neste sentido, a Assembleia Geral da ONU, em 1974, enfatizou, em alguma medida, a necessidade de mudanças socioeconômicas de longo prazo, não restritas a intervenções técnicas específicas para os países “em desenvolvimento”, havendo uma matização no que tange à discussão das NHB, ao desenvolvimento do dito “terceiro mundo” e à soberania dos países (PIRES-ALVES; CUETO, 2017).

Durantes as décadas de 1960 e 1970, as mudanças na OMS foram significativamente influenciadas por um contexto político marcado pela emergência de nações africanas descolonizadas, a disseminação de movimentos nacionalistas e socialistas, e novas teorias de desenvolvimento que enfatizavam o crescimento socioeconômico integral de longo prazo preferentemente à intervenção tecnológica de curto prazo. (BROWN; CUETO; FEE, 2006, p. 631)

Cueto (2004) aponta que as origens da discussão internacional sistematizada sobre a Atenção Primária remetem ao contexto da Guerra Fria e à disputa de concepções,

⁵³ De origem no pós-segunda guerra mundial, o sistema das Nações Unidas foi criado com a finalidade de favorecer a cooperação internacional entre os países e é composto por diversas instituições especializadas, entre elas a Organização Mundial da Saúde (OMS). De acordo com Pires-Alves e Cueto (2017), a OMS foi criada formalmente em 1948 como agência especializada da ONU. Apesar disso, houve iniciativas de organizações internacionais em períodos anteriores voltadas sobretudo para as preocupações em relação às doenças transmissíveis, tais como a Repartição Internacional das Repúblicas Americanas em 1902 (origem da Organização Pan-Americana de Saúde), Escritório Internacional de Higiene Pública na Europa em 1907, a divisão internacional de saúde da Fundação Rockefeller nos Estados Unidos em 1910, entre outras.

⁵⁴ De acordo com Moraes (2012), o período é reconhecido pelo importante protagonismo do movimento feminista no cenário político internacional. Reconhecendo sua expressividade, a ONU declara, em 1975, o "Ano Internacional da Mulher". Este marco contribuiu para a ampliação da mobilização em vários países, apesar do esvaziamento do conteúdo do feminismo revolucionário nos anos seguintes. Para Sílvia Federici (2019), o movimento feminista institucional/estatal foi promovido pelo capital internacional desde 1975, marco da 1ª Conferência Mundial da Mulher da ONU, a qual teve como estratégia fundamental o controle da política feminista, sobretudo: “[...] seu uso do feminismo para integrar mulheres mais efetivamente à organização global capitalista da exploração. Um aspecto importante dessa ‘integração’ foi a comercialização das atividades e das capacidades reprodutivas das mulheres e sua posterior subordinação à reprodução das relações capitalistas.” (FEDERICI, 2019, p. 15, grifo nosso)

abrangência, metas e técnicas para realização dos cuidados, com base em diferentes projetos de sociedade. A OMS e o UNICEF tiveram papel fundamental nas propostas e debates sobre as práticas de cuidado, tecnologia médica, processos de adoecimento e custos para atenção à saúde neste período.

Tanto a necessidade de ampliação dos cuidados médicos às comunidades excluídas do processo de medicalização, como as iatrogenias e o alto custo do processo de tecnologização (biomédica) da assistência em saúde estavam em debate. No bojo deste debate, encontravam-se as proposições de programas focalizados e cuidados primários seletivos, assim como as discussões relacionadas aos determinantes sociais, promoção da saúde e as práticas exitosas da saúde comunitária, medicina rural. Começava a se esboçar consensos relacionados aos limites da abordagem do processo saúde-doença estrita ao setor e à excessiva incorporação de tecnologia para tratamento das doenças. O Informe Lalonde canadense, de 1974, a experiência chinesa dos “médicos pés descalços”⁵⁵ e o uso de pessoal auxiliar em saúde nos países em desenvolvimento ganhava maior espaço nos debates institucionais (BROWN; CUETO; FEE, 2006; CUETO, 2004).

A relação estreita entre atores institucionais progressistas na OMS, tal como o ex-diretor geral Halfdan Mahler (1973-1988), com ampla experiência em saúde pública e doenças tropicais, e na UNICEF, o ex-diretor executivo Henry Labouisse, com experiência em iniciativas de saúde e educação com bases comunitárias, favoreceu a elaboração de um relatório conjunto entre OMS-UNICEF em 1975, contendo abordagens alternativas ao modelo hegemônico biomédico de cuidados primários para atenção às necessidades básicas de saúde da população. O relatório salientava as deficiências do modelo biomédico hegemônico e programático em atender às necessidades de saúde da população, apontava a questão dos determinantes sociais no padrão de morbimortalidade da população, relacionados às precárias condições de vida, e relatava as experiências exitosas de cuidados primários em saúde nos países periféricos (CUETO, 2004).

De acordo com Cueto (2004), este relatório teve profunda influência no debate internacional sobre a prioridade de cuidados básicos voltados às NHB de saúde da população. Durante a Assembleia Mundial de Saúde, em 1976, o ex-diretor da OMS lançou o *slogan*

⁵⁵ A China, no contexto da Revolução Cultural (1964-1976), lançou mão de um conjunto de trabalhadores da saúde comunitários, mesclando práticas preventivas e cuidados a partir dos recursos tradicionais dos saberes populares, melhorando significativamente a situação de saúde da população, tendo a promoção da saúde como aspecto central. De acordo com Cueto (2004), o reconhecimento desta experiência se dá na entrada da China no sistema ONU e OMS, processo de descolonização de países do continente africano, assim como a ascensão de movimentos de esquerda no contexto internacional.

Saúde para Todos nos Anos 2000 (SPT2000) sob o contexto político de intensa disputa de projetos societários diante da crise e da Guerra Fria:

The slogan became an integral part of primary health care. According to Mahler, this target required a radical change. In a moving speech that he delivered at the 1976 assembly, he said that **“Many social evolutions and revolutions have taken place because the social structures were crumbling. There are signs that the scientific and technical structures of public health are also crumbling.”** (MAHLER, 1976) These ideas would be confirmed at a conference that took place in the Soviet Union. (CUETO, 2004, p. 1866, grifo nosso)

A realização da Conferência sobre o Cuidados Primários em Saúde em Alma-Ata⁵⁶, no Cazaquistão, ocorreu em 1978 sob forte pressão de grupos de técnicos de saúde originários dos países comunistas da União das Repúblicas Soviéticas Socialistas (URSS), especialmente da China. Propunham-se mudanças profundas na forma de organizar o sistema de atenção à saúde, sob três ideias fundamentais: oposição ao elitismo médico, adoção de tecnologias apropriadas às necessidades de saúde (crítica ao uso excessivo de equipamentos médicos diagnósticos voltados à doença e de investimento em hospitais urbanos em detrimento do primeiro nível de atenção) e concepção de saúde ampliada como instrumento fundamental para o desenvolvimento socioeconômico, consciência sanitária social e melhoria das condições de vida (CUETO, 2004).

É deste espaço que se origina a concepção abrangente de Atenção Primária como cuidados essenciais a serem ofertados universalmente de acordo com as necessidades de saúde da população, com sua participação plena e autodeterminação na organização das ações; assim como nível de atenção organizador do sistema de saúde, porta de entrada próxima aos usuários e à dinâmica comunitária (modo de vida e trabalho das pessoas), referência na vinculação e no cuidado longitudinal (WHO; UNICEF, 1978). As concepções avançadas debatidas neste espaço foram ratificadas na 32ª Assembleia Mundial de Saúde em 1979, especialmente o SPT2000, como meta fundamental de universalização do direito à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A despeito destes avanços, os setores representantes dos interesses econômicos e políticos do complexo médico industrial fizeram resistência e oposição às concepções de Alma-Ata, organizando conferência sobre a Atenção Primária Seletiva em 1979 em Bellagio, na Itália. Caber ressaltar que as mesmas agências envolvidas em programas verticais de saúde

⁵⁶ Segundo Cueto (2004), apesar das tentativas da OMS, não foi possível realizar a conferência em espaços possivelmente “mais neutros” no contexto da disputa política internacional da Guerra Fria. Não obstante, o interesse e o financiamento da URSS foram decisivos para a realização do evento, sendo considerado uma pequena vitória política soviética no período. Contou com ampla participação de delegados, organismos internacionais, representantes do setor público de países de todo o mundo, convocando seus participantes a enfrentar obstáculos políticos e econômicos para modificar a organização dos sistemas de saúde, com base na Atenção Primária e na concepção de saúde ampliada, entendida como direito humano universal.

para controle populacional nos países periféricos, iniciada na década de 1950, tal como a Fundação Rockefeller dos EUA e BM, foram responsáveis pela realização deste evento em crítica à concepção abrangente da Atenção Primária e reforço às intervenções de baixo custo, a partir de “cestas básicas” de serviços para estes países. Além disso, uma das principais orientações nesta perspectiva seletiva e focalizada da Atenção Primária era o reforço de profissionais para a realização dos cuidados primários seletivos de saúde, voltados, sobretudo, para a atenção materno-infantil e para o controle de doenças transmissíveis nos países periféricos (CUETO, 2004; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

Cueto (2004) sinaliza que os serviços oferecidos por esta “cesta básica” foram se reduzindo até gerar intervenções que proporcionavam possibilidade de monitoramento e avaliação com “metas mensuráveis” para a gestão do financiamento das ações. Sob influência do economista James Grant, na direção executiva da UNICEF entre 1980-1995, ganhou impulso a abordagem seletiva da Atenção Primária junto aos países periféricos. Apesar das iniciativas da OMS em construir indicadores abrangentes para os objetivos pactuados em Alma-Ata e na 32ª Assembleia Mundial da Saúde, muitos países não aderiram às metas da SPT2000 sob o argumento de ser “irrealizável” em termos de custos para os países periféricos (CUETO, 2004; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012).

A tecnocracia da Atenção Primária seletiva apartava a saúde do desenvolvimento socioeconômico e dos determinantes sociais. Os países periféricos aderiam a esta vertente tecnocrática por meio da implementação dos programas verticais focalizados, a partir do incentivo financeiro da UNICEF, BM e agências dos EUA. Por outro lado, a OMS dava impulso aos Programas de Imunização e fortalecia a estruturação da rede nos países, contribuindo com o avanço na eliminação/erradicação de doenças imunopreveníveis. As tensões entre UNICEF e OMS aumentaram significativamente na década de 1980⁵⁷, gerando uma série de retaliações focadas na gestão de Mahler na OMS. Ademais, a conjuntura de crise teve influência direta nos países periféricos do capitalismo⁵⁸ (CUETO, 2004).

⁵⁷ Cueto (2004) agrega que muitos médicos na América Latina foram formados e treinados por universidades e agências dos EUA em perspectiva biomédica hospitalocêntrica, desvalorizando a abordagem comunitária e autodeterminada culturalmente da Atenção Primária no aprofundamento da ordem neoliberal em 1980. O enfrentamento pessoal do ex-diretor da OMS ao elitismo médico agravou as relações entre a OMS e as corporações médicas. Ademais, a adesão dos países periféricos ao financiamento de programas verticalizados e as dificuldades políticas na defesa da concepção abrangente de Atenção Primária e sua respectiva operacionalização acabaram por influenciar no término do mandato de Mahler e eleição do médico japonês Hiroshi Nakajima para direção executiva da OMS (BROWN; CUETO; FEE, 2006; CUETO, 2004).

⁵⁸ “(...) during the 1980s many developing countries confronted inflation, recession, economic adjustment policies, and suffocating foreign debts that began to take their toll on public health resources. **A new political context created by the emergence of conservative neo-liberal regimes in the main industrialized countries**

A mudança no enfoque dado à Atenção Primária no contexto internacional relaciona-se, sobretudo, com a crise econômica e política que a OMS passou após a Conferência de Alma-Ata entre a década de 1980 e 1990. Ademais, segundo Castiel (2012), as transformações que se sucederam relacionam-se também ao próprio refluxo político, econômico, cultural e tecnológico após a queda da URSS. Neste sentido, o autor aponta que há perda de princípios e horizontes pautados no avanço do direito à saúde e no desenvolvimento humano em escala planetária. Isto é, as pressões da “globalização” do capital tornaram-se cada vez maiores e a prioridade foi ficando mais clara em torno das ações de saúde para desenvolvimento de “capital humano” e não da humanidade em si (CASTIEL, 2012).

Ronald Reagan, presidente dos EUA entre 1981 e 1989, sob pressão de instituições privadas de saúde daquele país, tais como a Fundação Rockefeller e Fundação Heritage, manifestava seu descontentamento pela “predominância dos países do Terceiro Mundo em agências da ONU” ou pelo “caráter ideológico do Terceiro Mundo na OMS”. Os EUA, com apoio de outros países do capitalismo central, aplicaram política de corte do orçamento da OMS neste período como manifestação contrária ao caráter “politizado” da instituição que deveria assumir apenas papel de “órgão técnico” (BIRN, 2009; CHOREV, 2012; NARUZZAMAN, 2007 apud PEREZ; VENTURA, 2014).

A partir da década de 1980, o debate sobre a Atenção Primária foi se realizando hegemonicamente pela UNICEF e BM, sendo parcialmente recuperada pela OMS somente depois de mudanças profundas na sua estratégia política no final de 1990. A participação mais direta de fundações privadas (Rockefeller, Melinda e Bill Gates), do BM⁵⁹ e da indústria farmacêutica e médica proporcionou um giro técnico e político na OMS, voltando-se para a produção de consensos “globais” sobre ações de saúde utilizando, sobretudo, estudos na área da economia para análise de desempenho, eficácia e efetividade dos sistemas de saúde nos Estados Nacionais (CASTIEL, 2012; CUETO, 2018; LIMA, 2014; MATTA, 2005).

meant drastic restrictions in funds for health care in developing countries. According to Mahler, during the 1980s, “Too many countries, too many bilateral and multilateral agencies, too many individuals had become too disillusioned with the prospects for genuine human development.” (MAHLER, 1984 apud CUETO, 2004, p. 1871, grifo nosso)

⁵⁹ O financiamento da OMS no período começa a depender mais de fundos “extraorçamentários”, doações de empresas, fundações e países (EUA, principalmente), chegando mesmo a ultrapassar o orçamento regular da agência. Este problema somava-se à crise da OMS, no que diz respeito às prioridades e políticas que passavam a ser definidas com amplo controle dos doadores em detrimento do favorecimento da participação de todos os países membros (incluindo países do capitalismo periférico) nas decisões das Assembleias Mundiais de Saúde regulares (BROWN; CUETO; FEE, 2006). Perez e Ventura (2014) alertam que, na primeira década do século XXI, a discussão da saúde no período ascende a instâncias do Conselho de Segurança e Assembleia Geral da ONU, tornando-se tema de conferências e discussões do G7/G8/G20.

No início do milênio, a OMS publica um documento conjunto com o BM indicando sua nova perspectiva, optando pela adoção de parâmetros econômicos e de desempenho dos sistemas de saúde com base em “recursos escassos” nos sistemas nacionais de saúde. O giro da estratégia política da OMS passa da SPT2000 para a *Saúde para alguns: saúde global e desenvolvimento social desde Alma Ata* (CARPENTER, 2000 apud CASTIEL, 2012).

Apesar de o termo “saúde global” ter sido empregado em momentos anteriores para defender as necessidades da população acima de interesses particulares, o seu uso pela OMS marcou o início da gestão de Gro Harlem Brundtland e sua estratégia de reposicionamento da OMS no cenário global, aproximando-se dos interesses do mercado. As mudanças na gestão de Brundtland, segundo Perez e Ventura (2014), envolvem três eixos: 1) Programático: melhoria de resultados sanitários (eficácia dos programas da OMS em termos de custo/benefício); 2) Governança: favorecer a “gestão de parcerias” junto a outros organismos e agências internacionais e entidades privadas; 3) Gestão: promover organização de excelência na governança interna da OMS.

No seu mandato, são criados os “fundos globais”⁶⁰ e a Comissão sobre Macroeconomia e Saúde, presidida por Jeffrey Sachs e ex-funcionários do BM, FMI, OMC e Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) (BROWN; CUETO; FEE, 2006). A OMS, no novo milênio, recorre e endossa as parcerias público-privadas sob o argumento da “escassez de recursos” e da “crise da saúde”. De acordo com Lima (2014), o “novo universalismo” adotado pela agência é pautado pela defesa de políticas e priorização de intervenções de maior “custo-benefício” e parcerias público-privadas nas reformas dos sistemas nacionais de saúde.

A noção de ‘novo universalismo’, atualmente denominada ‘cobertura universal de saúde’, foi utilizada pela primeira vez no primeiro relatório da gestão Brundtland – *Relatório sobre a saúde no mundo 1999: mudar a situação*. Essa noção emerge, talvez não por coincidência, no mesmo momento em que o termo ‘saúde global’ começa a disputar espaço com o de ‘saúde internacional’ (Brown et al., 2006). Esse termo parece manifestar pelo menos duas dimensões principais. A primeira é a que ‘indica a consideração das necessidades de saúde da população de todo o planeta, acima dos interesses de nações em particular’ (Brown et al., 2006, p. 625), como em casos de epidemias e pandemias, tais como a Aids, o vírus Ebola e a influenza A (H1N1), ou mesmo as denúncias do movimento ambientalista sobre a degradação

⁶⁰ Os fundos e as parcerias globais relacionam-se ao grupo “cotista” de doadores privados, governos e agências bilaterais e multilaterais que se concentram em programas e alvos específicos, de maneira relativamente autônoma, por parcerias público-privadas, mas voltados, sobretudo, para as “doenças prioritárias” (BUSE; WAXMAN, 2001 apud BROWN; CUETO; FEE, 2006). Segundo Perez e Ventura (2014, p. 54), “No biênio 2010-2011, por exemplo, a Fundação Bill & Melinda Gates foi a maior doadora voluntária de fundos à OMS (US\$ 446.161.801,00), sobrepujando até mesmo as contribuições voluntárias dos Estados Unidos, de US\$ 438.285.683,00 (OMS, 2012a, p. 10). A Fundação Gates fez uso da palavra na abertura de três AMSs [Assembleias Mundiais de Saúde] – em 2005, 2011 e 2014 (OMS, 2014f). Em seu discurso de 2014, Melinda Gates afirmou: ‘salvar recém-nascidos é um ato bondoso de amor que também tem significado empresarial e pragmático’” (OMS, 2014 apud PEREZ; VENTURA, 2014).

ambiental mundial e o aquecimento global. A segunda se refere aos interesses das ‘forças do mercado’ ou das corporações transnacionais na área de saúde. No primeiro caso, o seu uso está ligado à necessidade da criação de informações e sistemas de vigilância eficientes para reforçar o monitoramento e o alerta global sobre a circulação de doenças e sobre o meio ambiente. **No segundo, tem a ver com a privatização dos serviços de saúde, com o controle dos fundos de pensões pelo capital financeiro e com a expansão dos seguros de saúde privados como ‘alternativa’ à seguridade social pública, isto é, refere-se aos propósitos da mercantilização da saúde em todo lugar em que possa gerar lucros.** (LIMA, 2014, p. 241, grifo nosso)

É translúcida a implementação da agenda de mercado na saúde pelas agências e organismos internacionais a partir do final do século XX. No que concerne ao BM, FMI e OMC, o investimento na abertura de espaços e nichos de acumulação vem se desenvolvendo sob o interesse desta fatia do mercado, cada vez maior, que já representava mais de 8% do PIB mundial no período acima referido (RIZZOTTO, 2000 apud LIMA, 2014).

Ademais, os gastos com assistência médica, frente ao envelhecimento populacional, a elevação do custo da atenção à saúde em países centrais e o aumento da demanda por insumos e tecnologias de saúde nos países da periferia do capital são chamarizes para financeirização do setor (LIMA, 2014). Articula-se a estes interesses, a expansão do mercado nos países periféricos que, tal como vemos em outros setores, ocorre por deslocamentos das plantas produtivas das corporações transnacionais, seguindo o fio da maior produtividade a menor custo da força de trabalho (LIMA, 2010 apud LIMA, 2014).

É forçoso reconhecer que tanto os processos de fusões, aquisições e transnacionalização das seguradoras e das empresas “transfronteiriças” são manifestações concretas do interesse e da expansão do capital para o setor serviços de saúde⁶¹. Com este processo, considerando a voracidade e a exigência lucrativa, necessariamente se gera destruição no seu caminho de expropriação do direito à saúde e subordinação do trabalho à produção de mercadorias neste setor. O Estado é fundamental na liberação do espaço de investimento e na flexibilização e redução dos custos da força de trabalho no setor, mas também pela manutenção das condições mínimas da reprodução social do capital e da força de trabalho no geral⁶² (LIMA, 2014).

⁶¹ Os processos de transnacionalização do capital no setor saúde são indicados tanto pelo aumento do Investimento Externo Direto (IED), quanto pelo impulso à atenção gerenciada, como pelas negociações em tratados comerciais no âmbito da OMC (FILIPPON, 2015; SHAFFER; BRENNER, 2004; WAITZKIN; IRIART, 2000).

⁶² Os Relatórios sobre o Desenvolvimento Mundial (RDM) do BM, especialmente os de 1987, 1993 e 1997 para o setor serviços de saúde são claros e objetivos em sua proposição: o Estado deve gerar crescimento econômico fomentando o mercado através da expansão da capacidade de pagamento da população dos procedimentos, bens e planos pré-pagos de saúde, incorporando, inclusive, os segmentos pauperizados da classe trabalhadora no mercado privado da saúde (LAURELL, 1994; RIZZOTTO, 2000 apud LIMA, 2014)

Cabe destacar que, segundo Lima (2014), a OMS irá cumprir papel fundamental nas reformas dos sistemas de saúde a partir do seu Relatório: *Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. De acordo com o autor, o documento marca a iniciativa do avanço sobre o interesse de mercado na Atenção Primária, sobrevalorizando a capacidade do setor privado pela atenção gerenciada (*managed care*) em responder às “demandas” por assistência individual, em detrimento das “necessidades presumidas” pelos sistemas de saúde públicos universais. A proposição desta reforma tem como objetivo garantir a “cobertura universal” promovendo a ampliação do mercado privado de saúde (LIMA, 2014).

Vejamos mais de perto os interesses do comércio internacional nos serviços de saúde pública no âmbito da OMC⁶³. De acordo com Shaffer et al. (2005) os tratados comerciais remetem à conferência Bretton Woods, a qual, além de ser a responsável pela criação do BM e FMI, também estabeleceu o Acordo Geral sobre Tarifas e Comércio (GATT, sigla em inglês)⁶⁴ e as rodadas de negociação contínua sobre os acordos comerciais que será atualizado no formato da OMC. Entre as décadas de 1980 e 1990, estas agências foram protagonistas no acordo de medidas de liberalização e desregulamentação no âmbito dos Estado Nacionais para remover barreiras ao comércio internacional e privatização de serviços públicos, especialmente a partir do “Consenso de Washington” e sua respectiva agenda macroeconômica neoliberal (SHAFFER et al., 2005).

Após o marco do Consenso de Washington, a OMC renovou os acordos do antigo GATT e as medidas protecionistas, tanto aquelas relativas às indústrias nacionais, como as que buscam garantir responsabilidade e qualidade da produção e comercialização nos territórios dos Estados Nacionais foram alvos de ataques⁶⁵. As negociações na OMC buscam

⁶³ A estrutura do comércio na OMC que interfere na saúde pública envolve o Acordo Geral sobre Comércio de Serviços (GATS), o Acordo sobre Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio (TRIPS), o Acordo sobre Aplicação de Padrões Sanitários e Fito-Sanitários e o Acordo sobre Barreiras Técnicas para o comércio (SHAFFER et al., 2005). Estes acordos impactam a saúde coletiva e pública das populações direta e indiretamente. Por exemplo, o TRIPS tem como objetivo proteger direitos autorais, patentes, marcas registradas e desenhos industriais de produtos necessários à saúde. Os países de baixa renda são mais afetados pelo TRIPS no acesso às medicações para condições de risco de vida (SHAFFER et al., 2005).

⁶⁴ Segundo Shaffer e Brenner (2004), o GATT impõe o tratamento igual entre as empresas nacionais e transnacionais no sentido de as últimas gozarem dos mesmos benefícios que as primeiras, estendendo-se os benefícios adquiridos pela corporação de um país para todos os outros. Favorecem negócios internacionais nos recursos da reprodução sociometabólica indispensável para a sobrevivência da humanidade nos respectivos territórios nacionais. E, além disso, restringe o direito e a capacidade dos governos nacionais de autodeterminar no desejo de cumprir os acordos ou não.

⁶⁵“Although the WTO [sigla em inglês da OMC] (under general exceptions of GATT, Article XX) permits national and subnational ‘measures necessary to protect human, animal or plant life or health,’ other provisions make this exception difficult to sustain in practice. For example, a country can be required to prove that its laws

reduzir as exigências para o comércio de bens de serviços nos territórios nacionais e induzir padrões de produção, nos mais diversos serviços, sob a lógica produtivista concorrencial. Os acordos regionais atravessam as leis e regulamentações internas de proteção do ambiente e da saúde dos Estados Nacionais, homogeneizando os processos produtivos conforme necessidades concorrenciais das corporações transnacionais (SHAFFER et al., 2005).

No Acordo Geral sobre Comércio de Serviços (GATS sigla em inglês) um amplo espectro de serviços humanos é considerado como mercadoria, sendo sujeitos às mesmas regras comerciais na OMC. Neste sentido, da mercadoria água à mercadoria cuidado de saúde, todas não podem, por exemplo, serem submetidas a regulamentações domésticas (Estados Nacionais) que “onerem as empresas”⁶⁶ mais do que o estritamente necessário para manter o mínimo de qualidade na produção (SHAFFER et al., 2005).

De acordo com Shaffer et al. (2005), a agenda macroeconômica do GATS opera através da desregulamentação e diminuição da participação pública na oferta de serviços. Desta maneira, intercede na privatização direta da produção de bens e serviços públicos ou indiretamente através do fornecimento de subsídios para corporações. Na saúde, o processo envolve a transferência gradativa da responsabilidade pelos custos individuais com a saúde para parcelas cada vez maiores da população, seja por meio de desembolso direto, pré-pagamento ou copagamento. Ademais, propõe a oferta seletiva de serviços (básicos/essenciais e ampliados) através de subsídios para a população de acordo com a capacidade financeira e descentralização administrativa e financeira do sistema de saúde, diminuindo as possibilidades de controle central dos Estados Nacionais (SHAFFER; BRENNER, 2004).

Nas rodadas do GATS, os EUA já demonstravam interesse em favorecer a entrada das suas empresas privadas nas instituições públicas de saúde seja pela prestação direta de

and regulations represent the alternatives that are least restrictive in regard to trade and that they are not disguised barriers to trade. Such rules also can restrict public subsidies, including those designated for domestic health programs and institutions, labeling them potentially ‘trade distortive.’ Requiring that such subsidies apply equally to domestic and foreign companies that provide services under public contracts can preempt public policies directing subsidies to domestic corporations.” (SHAFFER et al., 2005, p. 24)

⁶⁶ Há um severo risco de dano ambiental e da saúde coletiva das populações nos respectivos territórios, diante das regras de “harmonização” dos padrões de regulação aos mínimos indispensáveis na segurança para o conjunto dos países envolvidos no acordo em questão. Uma vez que um país assina os termos do GATS e se compromete incorporando um determinado tipo de serviço, sua reversão é difícil pelas compensações que devem ser realizadas para as empresas com perdas em todos os países envolvidos com a prestação de serviço em questão (SHAFFER et al., 2005). Os “direitos dos investidores” trata das contestações pelas empresas sobre limites impostos pelas decisões e legislações dos Estados Nacionais à comercialização de determinados bens e serviços das corporações transnacionais. Estas têm o “direito” de processar os governos pelas restrições, podendo cobrar indenização financeira dos Estados Nacionais pelas perdas correntes ou futuras que serão pagas pelo fundo público do país processado (SHAFFER; BRENNER, 2004).

serviços seja por serviços financeiros (cobertura de seguros)⁶⁷ (SHAFFER et al., 2005). Não obstante, frente às resistências dos países à comercialização de serviços públicos essenciais (como saúde, educação, água) por empresas transnacionais, o GATS operou em estratégias de “liberalização progressiva” dos serviços para os países membros da OMC. Neste sentido, as sucessivas rodadas de negociação foram sendo realizadas para “encorajar” os países membros a agregarem cada vez mais serviços sujeitos ao comércio por empresas estrangeiras, mas podendo ser limitados em “modos”⁶⁸ específicos de comercialização (SHAFFER et al., 2005; SHAFFER; BRENNER, 2004).

Os acordos comerciais internacionais trabalham com as possibilidades de deslocamento da produção para territórios onde os custos da força de trabalho são menores. Este aspecto afeta duplamente os sistemas de saúde públicos, tanto pelo número cada vez maior de pessoas adoecidas e dependentes exclusivamente do setor público, como pela própria entrada do setor privado na gestão ou prestação de serviços de saúde pública e sua racionalidade racionadora (maior pressão de demanda, menor número de profissionais de saúde, vínculos precarizados, tendência ao aumento da migração de profissionais de saúde e vazios assistenciais, defasagem da infraestrutura dos serviços e qualidade segmentada) (SHAFFER; BRENNER, 2004).

Considerando as estratégias de comercialização dos serviços de saúde pública por meio da OMC, a operacionalização dos interesses privados através desta instituição aparece mais claramente na proposta da “cobertura universal de saúde” e na criação de *poolings* (fundos) financeiros para seguros de saúde. Apesar do termo cobertura ter historicamente relação com o alcance de determinadas medidas sanitárias articuladas ao acesso e uso para o conjunto da população, ele aparece neste contexto próximo à análise de risco entre poder ou não ter acesso à prestação de um determinado serviço. As características da análise de risco são inerentes às operações de seguros privados de seleção e segmentação da “cesta” e da qualidade da atenção a ser garantida (NORONHA, 2013; POLLOCK, 2016). Segundo Noronha (2013), a primeira referência mais explícita da OMS à “cobertura universal”:

⁶⁷ O poder executivo (e militar) do governo imperialista dos EUA representa os interesses comerciais das suas empresas. As negociações sobre a comercialização se dão por informações confidenciais e em trâmites acelerados pelo executivo, que não permite a devida discussão e acompanhamento nem mesmo pela maioria dos seus parlamentares, como da própria população estadunidense (SHAFFER; BRENNER, 2004).

⁶⁸ Cada país pode limitar os “modos” dos serviços específicos sujeitos às regras do GATS: **modo 1: entrega de serviços além-fronteiras (telemedicina exemplo)**; modo 2: prestação de serviços a consumidores estrangeiros (comercialização de produtos especializados de determinados nichos de mercado); **modo 3: presença comercial por Investimento Estrangeiro Direto (IED) nos serviços de outros países (atividade comercial estrangeira em seguros ou serviços de saúde)**; modo 4: movimento de trabalhadores, regras de imigração de trabalhadores temporários. (SHAFFER; BRENNER, 2004)

[...] aparece em um dos relatórios para a 58ª Assembleia Geral, em 2005, intitulado *Seguro Social de Saúde: Financiamento Sustentável da Saúde, Cobertura Universal e Seguro Social de Saúde*. Nele, tem início a transformação semiótica do direito à saúde e do acesso universal e igualitário aos cuidados de saúde para o conceito de “cobertura universal” indelevelmente associado à “proteção do risco financeiro” e à busca de mecanismos alternativos de financiamento setorial. (NORONHA, 2013 p. 848, itálicos do autor)

A transformação de direito para cobertura universal à saúde remete à desvinculação dos condicionantes e determinantes da concepção da saúde e, respectivamente, da reponsabilidade do Estado como garantidor no sentido mais amplo e integral da saúde, qual seja, o “bem-estar biopsicossocial e espiritual”, resultado do processo histórico-social de desigualdades na qualidade e das condições objetivas de vida. Opera-se uma redução na compreensão da saúde para a prestação de serviços a serem cobertos para um determinado conjunto de pessoas. É importante reconhecer que esta compreensão representa uma materialidade concreta em que os indivíduos “cobertos” por uma unidade, por exemplo, podem não conseguir usar os serviços quando precisarem, ainda que estejam cobertos por um seguro de saúde (NORONHA, 2013). Neste sentido:

Cobertura, portanto, difere de acesso e utilização. Quando se fala de cobertura universal sem qualificação comete-se um grande equívoco, pois pode-se admitir que a ‘cobertura’ contributiva a um seguro social ou privado sempre corresponderá a oportunidades de acesso e uso, o que não é verdadeiro. Se aceitarmos ‘cobertura’ como ‘acesso e uso oportuno a serviços efetivos e de qualidade quando necessários’, o problema desaparecerá. Cobertura deve significar acesso e uso, e não apenas *entitlement*, que deve se dar sem barreiras. (NORONHA, 2013, p. 849)

Esta estratégia dialoga diretamente com o interesse dos “agentes de mercado” (indústria farmacêutica, seus recursos públicos e privados), pressionando também os países periféricos a adotarem políticas de financiamento de seguros de saúde como estratégia para a UHC (ROCKFELLER FOUNDATION apud NORONHA, 2013). Neste sentido, reforça a transformação da saúde em mercadoria pautada não pelas necessidades de saúde, mas pela capacidade de pagamento ou contribuição em fundos para ter acesso e uso dos serviços.

Conforme Giovanella et al. (2018a), o termo é marcado por ambiguidades e diferentes interpretações, abordagens, mas tem relação direta com os estreitamentos das relações entre BM, Fundação Rockefeller e OMS no período de 2004 a 2010. As discussões realizadas por estes organismos foram conformando um conjunto de proposições de reformas nos sistemas de saúde, especialmente para os países periféricos, voltadas para a ampliação do mercado e redução da oferta estatal de serviços de saúde, que assumiriam caráter mais seletivo e focalizado.

O Relatório sobre Financiamento em Saúde de 2010, da OMS, respaldou a aprovação e a resolução da Assembleia Mundial de Saúde em 2011 sobre o financiamento sustentável e

UHC. O financiamento sustentável abordado na proposta da UHC tem como maior foco a implementação de seguros de saúde, mas evitando os “gastos catastróficos” em saúde baseados nos pagamentos diretos por serviços. De acordo com Giovanella et al. (2018a), a crise econômica de 2008 disparada nos EUA e a saturação do mercado da saúde neste país são as principais possibilidades de ampliação do debate sobre a UHC em 2010/2011 pela OMS, tendo em vista, principalmente, os mercados emergentes de países periféricos como Brasil, Índia e África do Sul.

As mudanças relacionadas ao financiamento em saúde foram se tornando mais palpáveis nos documentos oficiais da OMS quando da substituição dos indicadores de universalidade, relacionados às despesas cobertas e ampliação do gasto em saúde pelo fundo público, por expressões como “[...] fundos compartilhados, fundos comuns correntes, recursos captados até o momento e mecanismos de cobertura” (GIOVANELLA et al., 2018a, p. 1767). Desta maneira, o financiamento público é secundarizado nos relatórios, sendo valorizada a redução de riscos do pagamento direto através da estratégia da construção dos *poolings* financeiros estatais para subsidiar a compra de planos de saúde privados individuais ou seguros de subsídio à demanda para os setores da população mais pauperizada (GIOVANELLA et al., 2018a).

No sistema ONU, aos ODS de 2030 foi incorporada a meta da “cobertura universal de saúde”, realizada a partir dos parâmetros de “proteção do risco financeiro”, serviços, medicamentos e vacinas “essenciais” de “qualidade” e a “preços acessíveis” para todos. Os indicadores elegidos pela OMS e BM para monitoramento deste ODS 2030 são relacionados ao risco individual de “gastos catastróficos” na saúde e “índice de serviços essenciais” (cesta mínima de serviços) (GIOVANELLA et al., 2018a).

Ao fim e ao cabo, a “cobertura” indica a titularidade de um seguro privado de saúde, referindo-se ao acesso financeiro para compra do plano de saúde. Nesta perspectiva, caberia ao Estado⁶⁹ promover a cobertura de seguros privados individuais, em que os sujeitos se encontram sob a avaliação de risco do mercado financeiro sem qualquer garantia de acesso e

⁶⁹ Ao contrário do financiamento com base na arrecadação de receitas dos impostos e contribuições sociais do fundo público, baseado nos princípios de solidariedade redistributiva conforme às necessidades de saúde, a proposta de construção do *pooling* financeiro pelo Estado se realiza por [...] combinação de recursos públicos e privados (prêmios de seguros, contribuições sociais, filantropia, impostos gerais) em fundos gerenciados por seguradoras privadas ou públicas, para custear despesas em saúde dos possuidores de planos conforme seu pacote. A titularidade está condicionada à afiliação a algum seguro de saúde (privado ou público). O indivíduo é elegível, ou não, a depender das regras de cada seguro ou de sua capacidade de pagamento. [...] No modelo UHC os efeitos são restritos, pois à cobertura segmentada por seguros diferenciados por grupos sociais conforme a renda corresponde diferentes cestas. Nos seguros privados pode-se alcançar um *pooling* de riscos, mas o preço dos prêmios é calculado com base nos riscos, independente da capacidade de pagamento das famílias, sem promover equidade.” (GIOVANELLA et al., 2018a, p. 1766)

uso quando realmente precisem do serviço. Ademais, segmentam o acesso e a oferta dos serviços a conjuntos de procedimentos e intervenções específicas de acordo com a capacidade de pagamento individual, ignorando as enormes desigualdades em saúde⁷⁰ entre regiões geográficas, grupos e classes sociais (GIOVANELLA et al., 2018a; NORONHA, 2013).

A estratégia da UHC busca consolidar a separação entre as funções estatais de financiamento e provisão dos serviços, e, desse modo, precifica as intervenções e procedimentos, transforma os cuidados em saúde em mercadorias ou, nos termos de Jansen-Ferreira (2018) e Pollock (2016), induz à “mercantilização” da saúde. Além da ruptura com o princípio de solidariedade, base dos sistemas universais de saúde nos modelos de seguridade e seguro social, esta proposta submete o trabalho em saúde à produção de mercadorias e o sujeita às leis e exigências da produtividade empresarial. Neste sentido, a definição da “cesta de serviços” é a primeira etapa tanto para redução da concepção de saúde a procedimentos e intervenções estruturadas, quanto para homogeneização e padronização do trabalho de cuidado em saúde restrito a um conjunto de atividades quantificáveis e precificáveis.

O discurso da “modernização” da gestão pública é considerado fundamental para a viabilização da “cobertura universal na saúde”. Neste sentido, proporciona convergência entre a “mercantilização”⁷¹ nos serviços de saúde pública e organização do processo de trabalho adaptado ao modelo de gestão empresarial. É importante destacar que, para além do BM e FMI nas reformas administrativas neoliberais dos Estados Nacionais na década de 1980/1990, a modernização da gestão pública é patrocinada e difundida como estratégia para alcançar

⁷⁰ O investimento no mercado financeiro baseia-se nas possibilidades de análises de risco e guiam-se pela maior possibilidade lucrativa dos seus investidores. Neste sentido, caminha na contramão das necessidades de saúde para aqueles que têm maiores vulnerabilidades e riscos de adoecimento, justamente por seu menor poder de compra e piores condições objetivas de vida e qualidade de vida e saúde. Não utilizamos os termos “equidade” ou “iniquidade” em saúde, os quais, na nossa compreensão, reforçam a distorção entre as concepções de desigualdades geradas pelo processo de determinação social da saúde para “diferenças” “evitáveis” ou “desnecessárias”, conforme formulações de Margaret Whitehead para os fatores determinantes sociais. Estes termos dialogam com “Teoria da Justiça” elaborada por John Rawls que considera a “justiça como equidade”, isto é, reforço aos princípios liberais de “igualdade de oportunidades” para os “diferentes”. (SCOREL, 2008; VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA FILHO, 2009) Ao contrário, defendemos a igualdade em condições materiais, nos termos marxistas (respeitando as capacidades e necessidades de acordo com grupos e pessoas), como princípio absoluto de justiça.

⁷¹ De acordo com Cavalcante (2017), aliadas à descentralização administrativa, as reformas gerenciais introduziram mecanismos de competitividade entre as agências de governo e instrumentos de flexibilização, especialmente **das relações trabalhistas na administração pública e no compartilhamento de responsabilidades com setores privados, como formas de aperfeiçoar a gestão pública**. “Na busca por melhores desempenhos, as reformas gerenciais procuraram flexibilizar as regras e os procedimentos gerenciais ao diversificarem suas iniciativas a partir de contratação de serviços externos (*contracting-out*), parcerias público-privadas (PPP), gestão por objetivos e resultados, sistemas de qualidade, avaliação e pagamento por desempenho com critérios pretensamente mais objetivos e novas regras estatutárias para os funcionários públicos.” (CHRISTENSEN; LAEGREID, 2007; GREVE, 2007; BATTAGLIO; CONDREY, 2009; FERLIE; MCGIVERN, 2013; PÉREZ-LÓPEZ; PRIOR; ZAFRA-GÓMEZ, 2013 apud CAVALCANTE, 2017, p. 15).

padrões “qualidade” e “democracia” nos países pela Organização para Cooperação e Desenvolvimento (OCDE) (CAVALCANTE, 2017; MARTÍNEZ, 2016; MATIAS-PEREIRA, 2008).

Entendemos ser relevante apontar sua influência nos governos, inclusive por suas análises relacionadas à organização da força de trabalho e serviços de saúde públicos que incluem a Atenção Primária e a enfermagem. A OCDE, criada na década de 1960 para estabelecer as “bases da prosperidade” por meio da cooperação internacional, tem como missão institucional aliar o “progresso” e o “bem-estar”, apoiando países membros ou não no desenvolvimento econômico sustentável. É composta por 37 Estados Nacionais⁷² que detêm mais de 60% do PIB mundial, desenvolvendo, na perspectiva liberal, importante expansão do comércio internacional. Apesar de não realizar mediação por financiamento direto, presta assessoria a todos os países que a solicite, especialmente no aperfeiçoamento das políticas públicas nos Estados Nacionais (MARTÍNEZ, 2016).

De acordo com Martínez (2016), nos seus 60 anos de existência, a OCDE tem se destacado como um dos fóruns mais influentes na análise das políticas públicas e na elaboração de parâmetros e critérios de “boas práticas” em diversas temáticas: emprego, educação, transporte, igualdade de gênero, investigação, *saúde*, defesa dos consumidores, meio ambiente, agricultura, energia, políticas industriais, ciência e *tecnologia* e *governabilidade e serviços públicos*. Para o autor, desta maneira, transcende a finalidade puramente econômica, influenciando a área política e social, a partir de três principais funções: análises e estudos sobre as políticas públicas dos países e estabelecimento de padrões de melhores práticas internacionais; informes do tipo auditoria externa das políticas públicas dos Estados Nacionais, uma espécie de revisão por pares e vigilância multilateral dos governos; e atividade normativa com adoção de instrumentos jurídicos vinculantes (“atos da OCDE”) no marco dos seus comitês organizativos. Neste sentido, dispõe de elevado arsenal de estudos, decisões, diretrizes, recomendações e declarações sobre “boas práticas” de referência para países membros e países aspirantes à entrada na cúpula (MARTÍNEZ, 2016).

⁷² O organismo tem origem em 1948, a princípio sob a denominação de Organização para Cooperação Econômica Europeia (OCEE), como estratégia para administrar a ajuda econômica dos EUA e Canadá, através do Plano Marshall, na reconstrução da Europa. Estendeu-se para outros países nos anos seguintes, mudando em convenção de 1961 sua denominação para OCDE. Países membros: Austrália, Áustria, Bélgica, Canadá, Chile, Colômbia, República Tcheca, Dinamarca, Estônia, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Hungria, Islândia, Irlanda, Israel, Itália, Japão, Coreia do Sul, Luxemburgo, Lituânia, Letônia, México, Holanda, Nova Zelândia, Noruega, Polônia, Portugal, República Eslovaca, Estônia, Eslovênia, Espanha, Suécia, Suíça, Turquia, Reino Unido e EUA. O Brasil tem participação estreita e privilegiada em reuniões ministeriais da OCDE junto a outros países não membros, denominado *Key Partners* (Brasil, China, Índia, África do Sul e Indonésia) (MARTÍNEZ, 2016).

Martínez (2016) aponta que, apesar da sua grande capacidade em construir análises e referências para os países mundialmente, a legitimidade dos atos normativos da OCDE é discutível tanto do ponto de vista da representação e participação nas decisões⁷³ e definições adotadas pela instituição, como pela linha e perspectiva teórico-política utilizada para apoiar suas análises. O autor chama especial atenção para a construção e disseminação de investigações e políticas transnacionais próximas aos interesses neoliberais do FMI, BM e OMC.

Las prácticas de comportamiento que se han desprendido de la OCDE se fueron asimilando al diseño e implementación de las políticas, apuntalando los enfoques defendidos por otros organismos internacionales como el FMI y la OMC. Esta adhesión de la OCDE a las doctrinas imperantes se ha asociado al carácter «netamente financiero» de la globalización, junto con la idea de marginar al Estado de sus tareas centrales, pues en su actuación presiona y contribuye a disminuir el sector público y las políticas sociales. Además, la OCDE firmó un estatuto conjunto de prioridades de cooperación con el Banco Mundial (OCDE-BM). Con el estatuto, los países que no son miembros de la OCDE –y no participan en los programas– pero sí clientes del Banco Mundial adquieren acceso a las guías, los estándares y las políticas knowhow, basados en la experiencia de los países miembros de la OCDE. Todo ello pone de manifiesto la influencia de la OCDE. En muchas ocasiones la OCDE se ha considerado simplemente como una organización de investigación altamente técnica, sin importancia política; no obstante, el conocimiento producido en sus redes no ha constituido sólo una suma de datos, sino una guía hacia futuras direcciones en la reproducción y desarrollo de prácticas que dan forma y armonizan crecientemente el sistema político y económico. De hecho, se ha observado que es en la política económica general donde las recomendaciones de la OCDE tienen más capacidad de injerencia sobre los países miembros. (MARTÍNEZ, 2016, p. 174)

Considerando que a política econômica é a espinha dorsal das ações da OCDE, como acima descrito por Martínez (2016), é principalmente a partir dos interesses e orientações deste setor que se elaboram os estudos e as prescrições para países membros e não membros. Desta forma, é produzida uma vasta quantidade de documentos, com alta aderência às doutrinas neoliberais que dão suporte à expansão financeira. Tais documentos são legitimados, sobretudo, pelos países centrais do capitalismo que compõem sua formação como membros. Estes documentos produzidos são instrumentos reconhecidos de análises técnicas das políticas públicas dos países, dando base para acordos multilaterais e homogeneização dos parâmetros de progresso e desenvolvimento socioeconômico sustentável no cenário internacional (MARTÍNEZ, 2016).

Para o interesse deste estudo, cabe ressaltar o investimento realizado pela OCDE, especialmente a partir do início do milênio, em mudanças nos processos de gestão no âmbito

⁷³ Apesar das tentativas de inclusão de outros países nos processos (a OCDE procura organizar redes de governo em todos os continentes do mundo), a cooperação multilateral fica prejudicada porque os países centrais definem as regras a partir dos seus embaixadores escolhidos pelo poder executivo dos respectivos governos, com pouca incorporação da perspectiva dos países periféricos do capital. Por outro lado, observa-se que relações da OCDE se ampliam para além de governos e empresas, estendendo-se para organizações não governamentais através da defesa de mercados eficientes e padrões liberais de competitividade na economia global (MARTÍNEZ, 2016).

da administração e organização dos serviços públicos. Entre seus principais objetivos, encontra-se o apoio técnico à modernização administrativa na incorporação de inovações organizacionais e tecnológicas para a prestação dos serviços públicos. Indo além do paradigma gerencialista⁷⁴, a OCDE tem atuado em propostas de *governança pública*⁷⁵ e *e-government* realizadas através da abertura dos dados públicos, criação de redes de atividades econômicas, prestação de contas e parcerias privadas na administração pública. Este seguimento recorre amplamente ao uso das TIC para ampliar padrões de qualidade (*benchmarking*⁷⁶), transparência e cooperação nos processos de gestão e serviços públicos⁷⁷ (CAVALCANTE, 2017; FREITAS; COELHO, 2018; MARTÍNEZ, 2016).

⁷⁴ Entendemos por “gerencialismo” o paradigma teórico-ideológico de gerenciamento de recursos e administração dos serviços públicos que emergiu no contexto da era da “globalização” no final do século XX, especialmente pela NPM. Relacionam-se às estratégias de “desburocratização” e “flexibilização” da máquina pública e avaliação do desempenho dos profissionais e dos serviços para garantir a eficiência, eficácia, efetividade através da produção e/ou contratualização de “resultados” baseados em indicadores (quantitativos) de custos, processos e impactos e metas pactuadas (CARNUT; NARVAI, 2016; CAVALCANTE, 2017; MATIAS-PEREIRA, 2008)

⁷⁵ Em 2005, a OCDE lançou as diretrizes para estabelecimento de “governança” nos serviços públicos, incorporando vocabulário gerencial e orientação da estratégia empresarial corporativa nas definições das políticas públicas dos Estados Nacionais. No âmbito corporativo, esta perspectiva tem como objetivo central garantir aos investidores que haverá o “retorno esperado” de seus investimentos. De acordo com Silva (2019, p. 66, grifo nosso): **“O termo governança é adotado para designar um arranjo institucional orientado a propósitos associados, em última instância, ao alcance de padrões de desempenho econômico (retorno sobre investimentos) de empresas privadas constituídas sob a forma de um modelo específico de propriedade: a sociedade anônima, cujo capital é dividido em ações comercializadas em bolsa de valores, ou seja, em mercado público.”** Em 2015, a OCDE atualizou as diretrizes de governança para ampliação da “eficiência”, “desempenho” e “transparência” de empresas públicas. Para o organismo, há dois tipos de empresas estatais: as que têm “atividade econômica” e as de “interesse geral” da sociedade (serviços públicos). O principal propósito da aplicação dos modelos de governança corporativa no setor público é promover o “desempenho eficiente” de acordo com os interesses econômicos e das políticas públicas. Entre as sete diretrizes, duas estão associadas ao desempenho na dimensão macroeconômica (eficiência sistêmica e “isonomia concorrencial” entre empresas públicas e privadas) e as demais à microeconômica (funcionalidade do modelo no desempenho empresarial: autonomia gerencial, observância aos direitos de propriedade dos acionistas e outros *stakeholders*, publicidade e transparência, composição e responsabilidades dos Conselhos Administrativos) (SILVA, 2019).

⁷⁶ O *benchmarking* é uma ferramenta relacionada ao modelo de gestão baseado na mensuração da qualidade da atividade produtiva através de critérios de “boas práticas”, indicadores de *performance* e comparações entre os produtores. (AZEVEDO, 2016) Ademais, é uma forma efetiva de vinculação à estratégia financeira de análise do retorno imediato (valorização ações ou taxa de juros) do crédito monetário investido no setor produtivo, a partir dos resultados gerados na produção de determinados bens (CARNEIRO, 2007) Segundo Carneiro (2007), a lógica financeira aplicada ao comportamento de “agentes econômicos” muda significativamente o *modus operandi* dos investidores que, na busca de maior liquidez dos investimentos, geram mudanças na operação da atividade produtiva (agilidade do retorno, aumento do controle e intensificação da produção): **“A exacerbação do parâmetro de remuneração da riqueza em geral, a taxa de juros, transforma-o em benchmarking imediato para o retorno da atividade produtiva. O que era um objetivo mediato ou estratégico das empresas – a obtenção de uma taxa de lucro superior à taxa de juros – passa a ser um critério decisivo para a operação das mesmas, pois a sua não consecução reduz o valor acionário cotado nas bolsas de valores. A necessidade de atingir esses objetivos conduz a uma especialização da empresa no core produtivo, em geral aquele de maior conteúdo tecnológico e rentabilidade, e a distribuição das demais atividades para fornecedores sob regime de subcontratação.”** (CARNEIRO, 2007, p. 13-14, grifo nosso)

Neste processo de incorporação das reformas modernizadoras, pode ser observada uma institucionalização da ideologia do mercado e suas respectivas soluções para os problemas na administração pública. A aplicação dos modelos da NPM continua sendo efetuada nos países em que a adoção da cartilha não se dá de forma uniforme, sempre de acordo com as conjunturas política e econômica das respectivas localidades. A adoção destas propostas é pequena e constante, mas tende a ser maior à medida que se articula às demandas de ajustes estruturais e uso eficiente dos recursos públicos dos Estados Nacionais nas conjunturas de crise (CAVALCANTE, 2017; MARTÍNEZ, 2016).

É importante destacar que a convergência das propostas para a saúde pública e Atenção Primária por estes atores internacionais desembocam na adoção da “cobertura universal de saúde” para o desenvolvimento sustentável. Considerando o contexto ampliado dos interesses globais privados na saúde e sua manifestação mais sistematizada na UHC, vejamos mais de perto como sua operacionalização se realiza na atenção e processo de trabalho em saúde, conforme a perspectiva da Managed Care Organization (MCO).

A atenção à saúde na perspectiva da “cobertura universal” vincula-se ao modelo empresarial de produção e gerenciamento da MCO. Iriart (2008) aponta que as empresas de MCO, subsidiárias de empresas de seguros, administradoras de fundos mutuários, de pensão e de fundos públicos e privados nos EUA, ganharam força junto ao complexo farmacêutico médico-industrial a partir da década de 1990. De acordo com a autora, a expansão do capital financeiro na saúde é centrada na radicalização do processo de medicalização da sociedade, qual seja, através da criação da demanda de consumo de mercadorias na saúde (intervenções, procedimentos, tecnologias médicas, tratamentos, seguros de saúde) pela comunicação dirigida aos usuários, mudanças constantes nas definições de enfermidades e difusão generalizada de protocolos clínicos e medicina baseada em evidências (IRIART, 2008).

Não obstante, ao passo que expande a “mercantilização” da saúde mediada pelo capital financeiro, submete o trabalho dos profissionais de saúde na Atenção Primária à lógica racionadora do acesso dos usuários aos procedimentos e intervenções previstas na “cobertura” dos seguros individuais de saúde. Fortalece o “rentismo” dos investidores do capital financeiro nos fundos públicos e privados através do controle de gastos dos usuários. Nos

⁷⁷ Segundo Cavalcante (2017, p. 19): “[...] a OCDE (2010) reconhece a prevalência de variações das ideias e propostas do *New Public Management*, mas defende que alguns eixos centrais unificam o modelo/paradigma, são eles: separação entre a execução (agências financiados com base no modelo de compradores e provedores) e desenvolvimento das políticas públicas (ministérios); mais autonomia aos gerentes operacionais na gestão orçamentária, de pessoal, compras, TI [tecnologia da informação] e etc. (*let managers manage*); direção e controle das agências executivas com base em desempenhos mensuráveis (gestão por resultados); orçamento por desempenho (*performance budgeting* e sistema de *accountability*); e terceirização de produção intermediária pelo mercado.”

EUA, as MCO entraram na administração federal para gerir os fundos públicos do *Medicare* e *Medicaid* (IRIART, 2008).

A abordagem da Atenção Primária na “cobertura universal à saúde” ocorre nas duas formas mais restritivas, que são, de acordo com Giovanella e Mendonça (2012), a seletiva e focalizada e a porta de entrada. Desta forma, aproxima-se da prática utilizada pelas MCO estadunidenses para a organização da prestação de serviços de Atenção Primária.

Las MCOs, creadas por el capital financiero hacia los 90s, son empresas con fines de lucro cuyo negocio es administrar los recursos financieros destinados a la compra de servicios para la cobertura médica ofrecida por empleadores y por programas públicos o semipúblicos. **A nivel ideológico la atención gerenciada gana adeptos con el argumento de que van a reducir costos vía el aumento de prácticas preventivas y el uso racional de recursos de diagnóstico y tratamiento, basándose en la evidencia científica.** El eje central del discurso de la reforma bajo la atención gerenciada era instituir el médico de atención primaria como un agente coordinador de la atención y moderador de la utilización de atención especializada, así como de diagnósticos y tratamientos costosos y de no probada eficacia. (IRIART, 2008, p. 1621, grifo nosso)

É importante destacar que a atenção gerenciada é uma das principais formas que o capital financeiro se utiliza para expandir na saúde, não apenas favorecendo o “rentismo”, mas também o consumismo de produtos articulados ao complexo farmacêutico médico-industrial. Nesse sentido, Iriart (2008) sinaliza o aumento de regulações legais e normativas científicas para favorecer o interesse comercial de produtos da indústria médica e farmacêutica, sobretudo pelas mudanças nas definições das enfermidades e riscos de adoecimento, fortalecendo o paradigma biomédico na atenção à saúde.

La aparición y generalización de la medicina basada en la evidencia, con sus seguidoras, las políticas, las intervenciones, y la salud pública basadas en la evidencia, así como la generalización de los protocolos clínicos reinstauraron la hegemonía de las corrientes biologists, procedimiento centradas, individualistas, que habían sido puestas en cuestionamiento durante los 60s y 70s por las corrientes de la medicina social/salud colectiva. Estos procesos sellaron el círculo virtuoso de la científicidad bajo la hegemonía de una recreada biologización y medicalización. (IRIART, 2008, p. 1623, grifo nosso)

Segundo a autora, a proliferação dos protocolos clínicos articulados ao paradigma clínico-biomédico, com o uso da medicina baseada em evidências, favoreceu o aprofundamento da medicalização e do consumismo de produtos que não se restringem atualmente ao profissional médico. A utilização do paradigma clínico-biomédico é também empregada por outros profissionais de saúde, padronizando a prática de cuidado clínico individual, especialmente através do paradigma da Medicina Baseada em Evidências (MBE). Ademais, a adesão dos usuários ao consumismo de mercadorias de saúde se faz presente a partir da proliferação da publicidade, dos autotestes diagnósticos e do inculcamento acrítico

de sinais e sintomas de doenças. Até mesmo a promoção e a prevenção de saúde centraram-se no paradigma do risco do adoecimento⁷⁸ (IRIART, 2008; STOTZ; ARAUJO, 2008).

Há um aparente paradoxo entre o consumismo, o “rentismo” e a produção do capital no setor saúde. Se por um lado observa-se a necessidade de ampliar o círculo de consumo dos produtos médicos e farmacêuticos, por outro, tem-se a tendência excludente dos usuários no processo de medicalização⁷⁹ e a gestão racionadora dos fundos públicos e privados através do capital financeiro acarretando restrição de gastos nos cuidados de saúde. A articulação da mercantilização da saúde pública ao processo de medicalização e endividamento individual indica ser a estratégia mais “virtuosa” de crescimento econômico através da atenção gerenciada e atual proposta da “cobertura universal de saúde”.

Nos 40 anos depois de Alma-Ata, a Conferência da Atenção Primária de Astana, em 2018, veio demonstrar o contexto da luta de classes e a correlação de forças favorável ao capital no cenário internacional, através do avanço do projeto neoliberal sob hegemonia dos EUA e a sua operacionalização específica para a saúde a partir da Atenção Primária. Os interesses privados, tanto do capital financeiro como do complexo médico-industrial, foram incorporados claramente nas propostas para Atenção Primária na Conferência de Astana.

Rovere (2018) aponta que, em Astana, não houve uma iniciativa de comemoração da histórica Conferência de Alma-Ata; antes, foi uma tentativa deliberada dos organismos internacionais e dos setores privados em apagar o ideário contra-hegemônico que guiou as diretrizes para a saúde em 1978. As personificações do capital manifestaram abertamente seu projeto global de aprofundamento da mercantilização na saúde, atualizando e esvaziando o significado de diretrizes caras à Atenção Primária. Distorceram a perspectiva da SPT-2000, em que a Atenção Primária era entendida como meio de promover o direito humano universal, para a estratégia privatista da “cobertura universal” de expansão do capital ao mais ousado nível de capilarização de endividamento (Estado como arrecadador e distribuidor de fundos

⁷⁸Segundo Stotz (2016), a transição demográfica e sanitária no final do século XX permitiu uma mudança no controle social realizado pelo Estado junto às camadas mais pauperizadas da classe trabalhadora, deslocando estratégias que antes estavam mais relacionadas ao combate às epidemias para as associadas aos hábitos de vida saudáveis, muitas vezes incompatíveis com as condições objetivas de vida da população, gerando a “culpabilização de vítima”. O autor ainda chama a atenção para o abandono da perspectiva da determinação social no processo saúde-doença e em um posicionamento autocrítico sobre sua discussão teórica anterior, alerta para o processo de “cientificização da política pública de saúde” no enfrentamento das necessidades de saúde e a desconsideração do adoecimento como um fato social e resultado de lutas entre a liberdade e igualdade (BERLINGUER, 1988; STARK, 1977 apud STOTZ, 2016).

⁷⁹Cecília Donnangelo e Sérgio Arouca discutiram, na década de 1970, no Brasil, a prática social-médica e a sua relação com o complexo médico farmacêutico-industrial e a inclusão das camadas excluídas do processo de medicalização e consumo de produtos mediados pela ação médica através dos programas de Medicina Comunitária e Medicina Preventiva (AROUCA, 2003; DONNANGELO; PEREIRA, 1979).

financeiros para seguradoras) e consumismo da mercadoria saúde *a la* universalidade biomédica, estruturada, protocolizada e padronizada (ROVERE, 2018).

As principais personificações do capital na saúde internacional, referidas por Halfdan Mahler, ex-diretor geral da OMS, como “crocodilos conceituais” (apud ROVERE, 2018), são assim sintetizadas por Rovere (2018, p. 325, grifo nosso):

- El **Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional** promotores de la privatización creciente de los sistemas públicos de salud a través de la separación de los roles prestador y financiador del Estado y la Seguridad Social.
- La **Fundación Rockefeller y la propia Unicef** desde la reunión de Bellagio, fuertes propiciadores de una APS selectiva.
- Las **Fundaciones filantrópicas y las empresas operando por dentro de la misma OMS** torciendo la voluntad de los propios países miembros.
- El **Complejo Médico Industrial trasnacionalizado** que ‘ha descubierto’ la APS como una nueva y promisoría fuente de inversiones rentables a partir del incremento de las enfermedades crónicas.

No início do século XXI, observa-se um esforço conjunto das agências e organismos internacionais de “investimento” econômico na saúde, em que a Atenção Primária cumpre um papel de destaque, a princípio como forma de garantir serviços essenciais às camadas mais pauperizadas, mas não restrito a estas. Este esforço é materializado na criação da Comissão sobre Macroeconomia e Saúde em 2000, na OMS (em parceria direta com BM, FMI e ONU) (WHO, 2002a).

A comissão surgiu para fins da avaliação do papel do setor saúde no desenvolvimento econômico global, sendo presidida no período por Jeffrey Sachs, um influente teórico da economia de Harvard na discussão sobre mitigação da pobreza e desenvolvimento de capital humano para crescimento econômico. Sua influência consta nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio da ONU e nas propostas de Ajudas Oficiais de Desenvolvimento (AOD)⁸⁰ (MENEZES; CATÃO, 2018; WHO, 2002a).

O uso recorrente do envelhecimento populacional, do aumento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e da globalização contínua de atividades tem sido associado às projeções positivas de investimento financeiro no mercado da saúde, pelas principais

⁸⁰ De acordo com Menezes e Catão (2018), a AOD é um instrumento político e econômico que tem como objetivo “impulsionar” o desenvolvimento econômico ou “modernização” nos países periféricos do capitalismo. Atualmente sua vinculação se dá no âmbito do Comitê de Ajuda ao Desenvolvimento (CAD) da OCDE e as ajudas se dão de forma bilateral ou através de agências multilaterais, podendo estar relacionadas à assistência técnica, doações financeiras ou empréstimos em condições “mais favoráveis”. Segundo informa a OCDE, o CAD é um comitê comprometido com a ajuda e diálogo para desenvolvimento composto por países que podem aderir a partir de carta de intenção e análise pelos Estados Membros da OCDE, e atua fundamentalmente na regulação, supervisão e cooperação de práticas e recomendações para desenvolvimento econômico assumidas pelos Estados Membros. Se trata, desta maneira, do Comitê organizativo da OCDE nas funções econômicas do organismo. Mais informações estão disponíveis no site do CAD/OCDE: <http://www.oecd.org/dac/dac-global-relations/>

personificações do capital no setor. Segundo o Future Health Markets (FHS), em dezembro de 2012, empresários, formuladores de políticas, acadêmicos e financiadores⁸¹ reuniram-se em Bellagio, sob o patrocínio da Fundação Rockefeller e do Departamento de Desenvolvimento Internacional do Reino Unido para debate sobre “Futuros mercados de saúde” e as respectivas formas de expansão para os países periféricos (FHS, 2012).

Reforça as relações público e privada e ligações transnacionais do mercado da saúde, sejam estes bens e serviços relacionados à saúde sejam a produtos farmacêuticos, diagnósticos, alimentos e suplementos alimentares, treinamentos de profissionais de saúde, entre outros. Seguindo o princípio da “escolha dos consumidores” e o papel crítico que os consumidores exercem neste mercado, considera-se que seja importante a promoção de incentivos para lidar com “as forças” do mercado livre (oferta e demanda) (FHS, 2012). O relatório do evento *Future Health Markets* indica as seguintes razões para a crescente importância dos fornecedores privados no mercado da saúde:

Several factors have contributed to the growing significance of private providers including (i) economic growth and an increasingly large proportion of the population willing to pay for private sector services; (ii) **new technologies, particularly information communication technologies (ICTs), that have contributed to the proliferation of new business models**; (iii) explicit policies by development partners to create stronger linkages to and more funding for private sector providers; and (iv) **cuts to government services in some places**. (FHS, 2012, p. 1, grifo nosso)

Entre as lacunas do mercado no setor foram apontadas a qualidade dos serviços prestados pelo setor privado, a segmentação e o custo dos serviços, e a desregulamentação nos países periféricos. Ressalta-se a falta de dados básicos sobre rotinas no mercado, sendo necessário ampliar o conhecimento sobre sua dinâmica em várias regiões do mundo, notadamente, para conhecer: **o comportamento do consumidor; as ramificações de expansão do mercado; as relações funcionais entre setor público e privado; arranjos regulatórios e de governança; e “fatores políticos” que influenciam no desenvolvimento do sistema de saúde** (FHS, 2012).

O futuro do mercado da saúde passa pelo aumento das empresas prestadoras de serviços, consolidação e integração vertical de empresas farmacêuticas ou redes de drogarias multinacionais a baixo custo, internet como fontes de aconselhamento e *marketing* direto junto aos consumidores, forte pressão do setor privado (complexo médico-industrial e

⁸¹ Participaram do evento *Future Health Systems* representantes da: *Johns Hopkins University, Institute for Development Studies, World Health Partners, Institute for Health Management Research, Bill and Melinda Gates Foundation, Results for Development, University of California- San Francisco, Africa Institute for Development Policy, Rockefeller Foundation, Liberia Ministry of Health, Nigeria Ministry of Health, United Kingdom Department for International Development e Telemedicine Reference Center Limited*. (FHS, 2012)

financeiro) para atrair recursos públicos (maior peso) e privados, **sobretudo pela expansão de seguros por meio da UHC: “[...] the gap between public goals (e.g. good health; access to safe, affordable, effective and equitable health services) and the performance of highly marketized and pluralistic health systems is likely to grow, even as overall mortality conditions continue to improve in LMICs [países de baixa e média rendas].”** (FHS, 2012, p. 2, grifo nosso).

Entre as questões levantadas para a expansão do mercado em saúde, podem-se perceber mecanismos que vão desde a indução ideológica e financeira à coleta sistemática, análise e aplicação de dados dos sistemas de saúde, do comportamento dos usuários e dos profissionais de saúde. Cabe ressaltar as indicações do grupo em relação à migração de profissionais médicos entre regiões, países e do setor público para o privado, assim como a estratégia de “delegação de tarefas para profissionais menos qualificados” para mitigar os possíveis vazios assistenciais (FHS, 2012).

O empreendedorismo é incentivado pela injeção de investimentos financeiros em *startups* por um lado, mas, por outro, aponta-se a tendência à concentração e centralização em grandes conglomerados multinacionais de empresas laboratoriais e farmacêuticas. Observa-se também incentivo a pesquisas para produção de conhecimento “generalizável” para os serviços e pesquisa de comportamento dos consumidores do mercado de saúde, com enfoque especial para alternativas móveis de produtos adaptados às TIC (FHS, 2012).

Destacamos, aqui, o apontamento para a questão da qualidade. A criação de “redes de qualidade” de atendimento é indicada como estratégia de favorecimento de captação financeira do fundo público e distribuição de subsídios para prestadores privados “preventivos” e de “saúde pública”, considerando as dificuldades do setor público em manter a prestação direta e o incentivo por subsídio para empresas de serviços de saúde. Controle, monitoramento e avaliação⁸² e regulação na aparelhagem do Estado devem mediar os

⁸²O monitoramento e a avaliação são atividades complementares, em que o primeiro se relaciona ao acompanhamento sistemático e periódico dos indicadores, informações, produtos, procedimentos e situação de saúde; e o segundo refere-se à explicação e julgamento de valor sobre os processos e/ou resultados (efeitos, impactos e desempenho) de uma intervenção realizada no desenvolvimento das políticas públicas de saúde, considerando o contexto da sua aplicação. Ambos são ferramentas importantes na identificação de prioridades, melhoria das ações, tomada de decisão e providências no âmbito da gestão das políticas e do sistema de saúde (CRUZ; SANTOS, 2007). Não obstante, a avaliação tomada pelos pressupostos economicistas (gestão de recursos financeiros, orçamentários) restringe-se, muitas vezes, às “avaliações de resultados” (*a posteriori*) com foco na medida da oferta de serviços, tendo por base mais a eficácia (resultados em menor tempo e mais qualidade) que a eficiência (impacto e efeitos, ainda assim, com maior referência aos termos quantitativos que qualitativos), e no desempenho organizacional (prestação de contas dos produtos previstos em metas no processo particular da produção), de acordo com objetivos do programa ou da corporação (no caso das empresas) (BAPTISTA; REZENDE, 2011; CRUZ; SANTOS, 2007)

interesses entre diversos investidores e apoiar as iniciativas de construção de redes para favorecer o desenvolvimento do mercado.

Frente à ampliação do movimento do mercado de saúde, é preciso que se compreenda dois pontos importantes na discussão sobre os aspectos do processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária. Primeiro, apesar dos interesses e expansão do mercado na crise estrutural do capital, os fundamentos da estruturação mais sistemática do trabalho da enfermagem nesta área se conjugam junto às concepções e bases ético-políticas do período da ascensão dos movimentos populares e sanitários em defesa da saúde como direito humano universal. Nesse sentido, defende-se a ampliação da concepção de saúde e sua relação com a determinação social, a promoção da saúde, a participação comunitária, o cuidado integral e a autodeterminação dos povos com base nas necessidades dos territórios, sistematizados na Declaração de Alma-Ata. O legado de Alma-Ata e sua perspectiva comunitária, integral e territorial de cuidado ocupam espaço central nos fundamentos do trabalho da enfermagem na Atenção Primária e fez parte da construção da identidade profissional ao longo destes anos.

Segundo, ainda que não seja o objetivo central analisar a fundo o desenvolvimento das orientações no âmbito dos organismos e agências internacionais, nos parece fundamental identificar a trajetória histórica das suas iniciativas para a formação, planejamento e gestão da força de trabalho da enfermagem na Atenção Primária nos últimos anos. Assim, diante das mudanças incorporadas pela OMS e estratégias políticas das outras agências e organismos internacionais, entendemos que os interesses da “mercantilização” na saúde pública (JANSEN-FERREIRA, 2018; POLLOCK, 2016) e aprofundamento da medicalização social se conjugam às transformações operadas na conformação do processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária desde então. Isto é, os aspectos da crise estrutural, a partir do deslocamento do capital para os serviços de Atenção Primária e sua respectiva política de concorrência entre investidores, geram a necessidade de aumento da produtividade e redução do custo, conforme os parâmetros de produção capitalista no setor.

A mercantilização na oferta de serviços pode converter o trabalho em saúde de improdutivo, no âmbito da reprodução social da força de trabalho, para um trabalho produtivo para o capital mediado pela terceirização e gerencialismo nos serviços públicos. Este processo articula tanto a mudança na regulação da reprodução social operada pelo Estado capitalista, quanto o aprofundamento da medicalização da sociedade, com deslocamentos importantes da perspectiva dos sistemas universais de saúde para a cobertura universal de saúde na organização do processo de trabalho na Atenção Primária (Quadro 7).

Quadro 7 – Características da Atenção Primária e do Trabalho no Sistema e na Cobertura Universal de Saúde (continua)

Características	Sistema Universal de Saúde	Cobertura Universal de Saúde
Saúde	Direito universal	Mercadoria
Financiamento	Fundo Público (impostos gerais e contribuições de seguros sociais)	<i>Pooling</i> (combinação fundos públicos (impostos, contribuições sociais) e privados (prêmios de seguro, filantropia, Investimentos de <i>Private Finance Initiatives</i> ⁸³)
Alocação de recursos	Definição por necessidades de saúde, características da população e área geográfica	Definição por demandas clínicas específicas por indivíduos cadastrados, listagem de cadastrados por médicos, contratualização de serviços, orçamento local conforme produtividade dos serviços baseada em condições clínicas
Gestão do Sistema	Provisão de serviços e financiamento públicos, responsabilidade e planejamento de autoridades públicas nos serviços, departamentos e secretarias de saúde, controle social (usuários e profissionais de saúde)	Separação financiamento público/privado e provisão privada, competição entre serviços com melhores modelos custo-benefício, responsabilidade pública obscura, predomínio agências reguladoras e gestão individualizada por listas de cadastrados no local, controle empresarial (acionistas, conselhos de administração, agências independentes)
Mercantilização	Predominância formas implícitas: Financiamento (parcerias público-privadas); Oferta serviços (concorrência serviço público, pagamento por resultado)	Predominância formas explícitas: Financiamento (pagamento direto; copagamento; seguros privados); Oferta serviços (terceirização serviços auxiliares, atendimento paciente privado; oferta serviços privados, gestão privada)
Organização do Sistema	Subsídio à oferta equitativo e integral, serviços organizados em rede, territorializado	Subsídio à demanda seletivo, focalizado, serviços fragmentados
Prestadores Serviços	Predominante Pública	Predominante Privada

⁸³ Segundo a OCDE (2018), o *Private Finance Initiatives* (PFI) é uma experiência e um tipo específico de Parceria Público Privada (PPP) no Reino Unido, que teve como foco a construção de fundos privados para realização de projetos públicos em nível subnacional (descentralizado). Tem por finalidade a contratação de projetos e serviços por tempo determinado, sendo composto por recursos privados antecipados por meio de ações e empréstimos junto ao setor privado, pagos a longo prazo pelo fundo público.

Quadro 7 – Características da Atenção Primária e do Trabalho no Sistema e na Cobertura Universal de Saúde (conclusão)

Características	Sistema Universal de Saúde	Cobertura Universal de Saúde
Atenção em Saúde	Integral (cuidados individuais e saúde pública) e integrado (prevenção, promoção e cuidado)	Centrada na assistência às doenças, condições e grupos prioritários; dicotomia saúde pública e individual
Cobertura populacional	Seguro Social Seguridade Social	Seguro Individual Privado
Acesso e Cidadania	Acesso universal e cidadania plena	Acesso segmentado conforme capacidade de pagamento e cidadania residual
Atenção Primária	Abrangente, primeiro contato, obrigatoriedade de registro usuários por cadastro individual e familiar com adscrição territorial e equipe de referência para coordenação cuidado	Abrangência fraca, <i>managed care</i> , primeiro acesso para filtragem e redução de custos; registro usuários por cadastro individual, adscrição territorial e profissional não obrigatória; Centros de Saúde Comunitários focalizados em populações empobrecidas
Abordagem Atenção Primária	Integral	Seletiva e Focalizada
Cesta de Serviços	Abrangente (atenção integral) implícita de acordo com as necessidades	Restrita (pacotes mínimos) explícita em intervenções, atos e procedimentos específicos estruturados
Trabalho em Saúde	Reprodutivo, improdutivo	Reprodutivo, produtivo
Gestão Atenção Primária	Direta	Indireta, <i>New Public Management</i> , Governança pública
Organização do Trabalho Atenção Primária	Maior grau de autonomia e relações horizontais no trabalho. Equipe multiprofissional, interdisciplinar pautada pelo atendimento às necessidades de saúde no território	<i>Management by stress</i> , maior destaque no papel do gerente de serviços . Equipe multiprofissional pautada pela produtividade de intervenções e metas de desempenho padronizadas. <i>Lean Production</i>
Condições de Trabalho Atenção Primária	Tendência à maior segurança e valorização profissional: Vínculos estatutários; Planos de Cargos, Carreiras e Salários institucionalizados; Jornada integral; Número de pessoas sob a responsabilidade das equipes reduzidas (1.000 a 2.000)	Tendência à flexibilização e precarização do trabalho-terceirização: Vínculos frágeis (Pessoa Jurídica, temporário, sem estabilidade), Jornada parcial; Número de pessoas sob a responsabilidade das equipes elevado (mais de 2.000); Pagamento por desempenho

Fonte: Adaptado de Ferreira e Mendes (2018); Filippon et al. (2016); Giovanella et al. (2018a); Giovanella e Mendonça (2012); Jansen-Ferreira (2018) e Noronha (2013).

A partir das reformas administrativas e adoção da perspectiva gerencialista na gestão pública, por um lado, os Estados Nacionais liberam espaços de apropriação do fundo público pelo setor privado e aprofundam a exploração, intensificando e aumentando a jornada de trabalho dos profissionais de saúde; por outro, transferem a responsabilidade da reprodução social para os próprios usuários individuais (trabalhadores) e modificam as propostas de atenção às necessidades de saúde⁸⁴.

⁸⁴As necessidades e a concepção de saúde relacionam-se à luta de classes, organização da sociedade e a forma de regulação do Estado capitalista. Conforme apontado por Stotz (2016), o “estado de saúde”, compreendido como as condições, possibilidades e dificuldades dos indivíduos em manterem-se, desenvolverem-se e realizarem as atividades produtivas e reprodutivas cotidianas, manifesta-se de acordo com sua posição na divisão social (desigualdades sociais e desgaste dos trabalhadores). Por esta perspectiva, as necessidades de saúde dizem respeito às “carências” (físicas, emocionais e espirituais) para a reprodução da existência e a maneira pela qual o Estado irá realizar a regulação na sociedade de classes. “A importância de examinar as necessidades sociais na sociedade em que vivemos remete, portanto, à compreensão do Estado contemporâneo. Vale registrar, nesse sentido, a crise do Estado provedor ou do *Welfare State* nos países capitalistas centrais e particularmente dos

Um aspecto importante da mercantilização na saúde pública relaciona-se aos deslocamentos do processo de trabalho, que tem a finalidade voltada a responder necessidades dos sistemas ou dos programas de saúde. A demanda para os serviços de saúde restringe-se às necessidades de saúde individuais associadas a determinadas doenças e o respectivo consumo pré-definido de atos, prescrições e intervenções, sobretudo através da assistência biomédica individualizada, prescindindo do enfoque territorial, coletivo e intersetorial. Desta maneira, entendemos que o valor de troca se impõe sobre o valor de uso na mercadoria (criação de demandas artificiais, consumo destrutivo, aceleração da circulação e perdularidade da produção⁸⁵) e o trabalho do profissional de saúde amplia a sua alienação⁸⁶: tanto suas atividades são mais controladas pelos interesses do mercado, como o produto do seu trabalho, que é consumido em ato, responde menos à finalidade planejada pelo trabalhador (subjetividade autêntica, autônoma e autodeterminada) e às necessidades reais de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

Gomes e Schraiber (2011), ao fazerem a discussão sobre a temática da alienação no processo de trabalho em saúde, remetem-se à complexidade da produção de práticas de saúde “humanizantes” ou “desumanizadoras” no âmbito micropolítico. Neste sentido, apontam aspectos relacionados aos conflitos e contradições entre a ciência e o trabalho no “encontro” entre sujeitos, isto é, na relação entre usuário e profissional de saúde, a partir do uso da racionalidade instrumental biomédica, e a dialética do avanço da força produtiva na saúde e, ao mesmo tempo, o reforço à alienação e à reificação no trabalho:

Sistemas Nacionais de Saúde de caráter universalista, tal como apontada em Stotz e Araujo (2004): “[...] a nova orientação estatal, conhecida sob a denominação de neoliberal, rompeu com esta obrigação social [direito à saúde]. Restringiu o âmbito da atenção pública às necessidades de saúde ou aos problemas de maior relevância (metodologicamente definidas pela “carga da doença”) para cada nação e propiciou uma nova concepção de saúde caracterizada como projetos de vida, a serem definidos em cada país ou grupo social, de acordo com suas possibilidades econômicas, técnicas, políticas e culturais.” (STOTZ, 2016, p. 69/70)

⁸⁵A partir das características do sociometabolismo do capital, apontadas por Mészáros (2011a), é possível associá-las às distorções no processo de mercantilização da saúde. Na mercantilização da saúde, podem ser observadas as seguintes manifestações: os serviços são instalados nas áreas mais rentáveis e criam-se vazios assistenciais; ofertam-se procedimentos e intervenções desnecessárias e iatrogênicas; reduzem-se os padrões de qualidade do trabalho profissional ao indispensável (segurança do paciente prejudicada); não necessariamente são eficazes; estrutura física precária e profissionais pouco valorizados. Além disso, a coordenação e continuidade do cuidado ficam prejudicadas, por não responderem à organização da rede de atenção com base nas necessidades sociais e territoriais da saúde (GIOVANELLA et al., 2018a; JANSEN-FERREIRA, 2018; POLLOCK, 2016).

⁸⁶Tomamos por base a acepção negativa da alienação, isto é, a manifestação própria da forma trabalho assalariado no modo de produção capitalista. Nesse sentido, a compreendemos como um processo dinâmico, complexo e contraditório, objetivo e subjetivo de “estranhamento” do trabalho, um poder externo/alheio ao controle do produtor. Segundo Antunes (2011), há pelo menos quatro momentos do estranhamento do trabalho na discussão realizada por Marx: do resultado do seu trabalho (mercadoria produzida), da sua atividade produtiva em si (processo de trabalho), do seu ser genérico (sua essência humana) e das relações sociais (entre seres humanos).

Veja-se, por exemplo, o movimento de medicalização social e, conseqüentemente, de naturalização do processo saúde-doença reproduzido contemporaneamente pelas diversas disciplinas das ciências biomédicas e suas implicações na ocultação da determinação social das diversas formas de sofrimento, não obstante suas preciosas contribuições para a intervenção sobre a dimensão biológica do corpo e do fenômeno da vida. Veja-se, também, a predominância do complexo médico-industrial como determinante fundamental da relação entre os agentes e as apresentações tecnológicas no interior do trabalho em saúde, e suas implicações para a perda da centralidade dos sujeitos e a progressiva *reificação* dos instrumentos. (GOMES; SCHRAIBER, 2011, p. 34-35)

A atenção gerenciada na Atenção Primária agrega uma série de elementos⁸⁷ que alimentam as expectativas do capital na saúde, especialmente no contexto de aprofundamento da crise estrutural e aumento vertiginoso da superpopulação relativa (exército industrial de reserva) nos países periféricos do capitalismo. Neste formato, o processo de trabalho deve atender aos pressupostos de produção de empresas privadas e da concorrência capitalista: alta produtividade a baixos custos, incluindo da força de trabalho. Nesta perspectiva, além de ser imprescindível reforçar e ampliar o paradigma biomédico consumista no nível mais capilarizado e individualizado possível, é necessário também precarizar a força de trabalho em saúde para que atenda às demandas da expansão do capital produtivo e financeiro.

2.2 Reorientação do processo de trabalho e reestruturação produtiva na Atenção Primária no século XXI

Como já apontavam Jaime Breilh (1976) e Cecília Donnangelo (DONNANGELO; PEREIRA, 1979), não cabem dúvidas em relação ao interesse do capital monopolista em investir na “medicina científica” (biomédica): retorno do investimento nos meios tecnológicos através do aumento da produtividade do trabalho a baixo custo na produção da mercadoria saúde. Contudo, a expansão da tecnologia biomédica hospitalar, seus crescentes custos, e a baixa extensão da cobertura de serviços para a crescente população em condições precárias de vida dispararam a inversão do capital também na Medicina Comunitária, “exportada”, especialmente, aos países da periferia do capitalismo⁸⁸.

⁸⁷Iriart (2008, 1999); Rizzotto (2012); Rizzotto e Campos (2016); Waitzkin e Iriart (2000)

⁸⁸ Segundo Breilh (1976), a Medicina Comunitária foi apontada como alternativa à crise da “medicina científica” através do Relatório da Fundação Carnegie de 1970 e sistematizada pelo “seleto” grupo reunido em Bellagio na Itália em 1968 financiado pela Fundação Rockefeller. Haveria ao menos dois grandes eixos funcionais para a reprodução ampliada do capital em sua fase monopolista: 1) **Instrumento de estímulo e racionalização para**

Enquanto se realizavam as experiências da Medicina Comunitária e da Atenção Primária, disputas relacionadas às bases ético-políticas no contexto concreto da sua incorporação eram travadas por movimentos sociais na saúde na década de 1970. Neste sentido, a Saúde Comunitária, Saúde Coletiva e Atenção Primária encontram-se imbricadas em posições ideológicas de disputa. Na perspectiva seletiva e focalizada da Atenção Primária, o ideário da Medicina Comunitária está articulado à reprodução do modelo biomédico e sanitarista, com finalidades de controle e de manutenção da força de trabalho das classes populares através de um conjunto de intervenções simples.

Sob o ponto de vista abrangente da Atenção Primária, com base na Medicina Social, as experiências se desenvolvem a partir da oferta de serviços contextualizada nas necessidades sociais de saúde em base territorial e populacional como parte de sistemas integrais e estratégia da garantia do direito universal à saúde. O ideário da Saúde Comunitária e Saúde Coletiva desenvolvem-se no contexto específico das reformas sanitárias e conquistas de sistemas universais de saúde na Espanha e no Brasil, dialogando com as bases ético-políticas da Medicina Social e concepção abrangente de Alma-Ata na organização do processo trabalho.

É importante considerar que a Medicina Social tem como fundamento principal a identificação das relações entre saúde e sociedade, de tal forma a entender a manifestação do processo saúde-doença no contexto do desenvolvimento das relações sociais, culturais e intersubjetivas entre os indivíduos na vida em sociedade. Implica reconhecimento da dinâmica contraditória da produção social no processo de adoecimento e perfil epidemiológico, no modo de vida e nas necessidades de saúde em suas respectivas dimensões singulares, particulares e gerais (BERLINGUER, 1988; BREILH, 2006).

Esta compreensão é chave para as abordagens e experiências críticas no processo de trabalho no âmbito “comunitário” pela Atenção Primária na década de 1970. Trata-se de uma crítica à compreensão positivista, uni ou multicausal e a-histórica no desenvolvimento teórico e dos projetos de saúde nas experiências de luta em período de redemocratização nos países latino-americanos. Mediante a crítica aos modelos da Medicina Comunitária e Preventiva, a Medicina Social latino-americana e a Saúde Coletiva no Brasil marcaram a ampliação da

produtividade (consumo de recursos terapêuticos e infraestrutura, aumento da capacidade de consumo pelos indivíduos, melhoria da situação de saúde força de trabalho em geral, diminuição de gastos na atenção com expansão da cobertura de serviços a baixo custo e mecanismo de redistribuição; e 2) **Instrumento de legitimação do aparato político** (diminui tensão e rupturas no modo de produção capitalista através de pequenas concessões em pacotes mínimos de serviços, gera e difunde valores da classe dominante, ocultando causas mais profundas na determinação da saúde e disciplina os corpos dos grupos sociais por meio da vigilância e hierarquização sistemática pela burocracia do estado) (BREILH, 1976).

concepção sobre saúde com base nos processos de produção e reprodução social, permitindo a elaboração de instrumentos e meios de trabalho que não restringiam a finalidade do trabalho ao cuidado clínico no adoecimento ou sofrimento individual (NUNES, 1998, 2016).

Na perspectiva marxista, reconhece-se a íntima relação do modo de vida, estruturas sociais e manifestação singular do processo saúde-doença, atuando também junto à população no enfrentamento da determinação social da saúde e na luta pela melhoria das condições de vida da coletividade no contexto concreto de vida dos indivíduos, famílias, grupos sociais e população. Isto é, o modo como se reproduz a vida em uma sociedade de classes tem papel fundamental na determinação e condicionamento do processo saúde-doença.

Em um sentido crítico, as abordagens da Saúde Coletiva direcionam, para a participação popular, o conhecimento do território (entendido como processo: produto e produtor de relações sociais, culturais e de trabalho) e do modo de vida de uma população, além dos aspectos intersubjetivos na relação terapêutica e “produção de sujeitos”. Tais elementos são considerados fundamentais para o processo de trabalho na Atenção Primária.

A Saúde Comunitária, por sua vez, desenvolve-se como orientação do processo de trabalho no âmbito da Atenção Primária e procura ampliar a abordagem clínica nos aspectos biopsicossociais, determinantes de saúde (não da determinação social) e da saúde pública, realizando projetos e ações voltadas para e com a comunidade. Neste sentido, adapta as intervenções das equipes e conta com a utilização dos recursos comunitários para promoção da saúde e bem-estar e enfrentamento de determinantes que possam afetar as condições de saúde (PASARÍN; DÍEZ, 2013).

Segundo Paim (2009), a Saúde Comunitária aborda aspectos coletivos de participação democrática, projetos de intervenção comunitária e ações integradas de proteção, promoção, recuperação e reabilitação pelas equipes de saúde, mas não necessariamente evoca a transformação das relações sociais de produção como pressupostos fundamentais da sua atuação. No entanto, recorrendo ao marco teórico da Medicina Social e a projetos societários transformadores, a Saúde Comunitária pode apontar para estratégias de democratização, autogestão, participação ativa e descentralização das decisões nas ações dos profissionais na Atenção Primária.

Cabe destacar que, a despeito das experiências críticas e dos avanços constados na Declaração de Alma-Ata, as origens da Medicina Comunitária remetem ao contexto específico de alívio das tensões no despontar da crise estrutural do capitalismo em relação às contradições do modelo biomédico cientificista. É incentivada como forma de preencher uma lacuna entre a medicina privada e a saúde pública, expandindo a cobertura de serviços para

populações excluídas do processo de medicalização (DONNANGELO; PEREIRA, 1979; PAIM, 2009; SILVA JÚNIOR, 2006).

Assim sendo, um caráter mais progressista e transformador, na sua abordagem, depende antes da experiência histórica dos países no contexto das lutas sociais concretas que dos seus pressupostos idealizados e abstratos. Desta forma, ressaltamos que a experiência histórica das lutas e a conquista da concepção ampliada de saúde como um direito humano fundamental, integral e da Atenção Primária com base na abordagem crítica da Saúde Comunitária, na Espanha, e Saúde Coletiva, no Brasil, são sistematicamente desconstruídas e/ou distorcidas. Paralelamente, a correlação de forças em defesa de projetos societários transformadores se enfraquece e avança o projeto da expansão do capital para o setor saúde e da medicalização da sociedade.

Neste sentido, tal como as conjunturas político-econômicas do período neoliberal afetaram a implementação dos sistemas universais e do direito à saúde, também o fizeram nas transformações e mudanças nas perspectivas do processo de trabalho na Atenção Primária. Por um lado, reduzindo a perspectiva da Medicina Social, que considera que as condições sociais determinam a qualidade de vida e saúde, e (re)direcionando a atuação para propostas com foco na atuação clínica individualizada; por outro, desenvolvendo um paradigma com base na Epidemiologia clínica das doenças crônicas e fatores comportamentais, reforçando aspectos biomédicos⁸⁹.

No contexto do debate sobre a transição demográfica e epidemiológica, restrições orçamentárias, elevados gastos com hospitalização e tratamento de usuários portadores de DCNT, estas abordagens biomédicas foram ressaltadas como panaceias para a redução dos custos, aumento da “eficácia” das intervenções, do desempenho profissional e da qualidade da atenção à saúde. Os principais pontos difusores destas abordagens encontram-se articulados às experiências “inovadoras” de Atenção Primária nos EUA e no NHS no Reino Unido.

⁸⁹As estratégias de distorção das concepções, princípios e diretrizes da Atenção Primária não são novidades. “Conocidas son las acciones para “aguar” Alma Ata: por parte de las asociaciones médicas que temieron de nuevo una pérdida de influencia y negocio; por parte de la Fundación Rockefeller y la UNICEF, defendiendo una “atención primaria selectiva”; y en las décadas de 1980 y 1990 por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, que en su informe Invertir en salud abogaba por la sanidad privada y el copago como “condicionalidades” para que los países deudores recibieran préstamos, motivo importante por el que la atención primaria tuvo un desarrollo limitado en Latinoamérica y África. Incluso en países como España, que aprovecharon los años 1980 para hacer un desarrollo notable del modelo de Alma Ata, las lógicas neoliberales del mercado y del gerencialismo, pujantes a partir de los años 1990, fueron minando este modelo, **marginando el componente más salubrista y comunitario de la atención primaria, hasta dejarlo prácticamente reducido a la mera asistencia clínico-sanitaria.**” (POZO, 2021, p.108, grifo nosso)

De acordo com Starfield (2011), a Atenção Centrada no Paciente (*Patient-centered care*) tem origem na discussão sobre reforma dos cuidados na Atenção Primária nos EUA. Vincula-se a habilidades de interação e comunicação dos profissionais junto aos usuários para assistência domiciliar e atenção às DCNT, com foco no acompanhamento de agravos e doenças e atenção domiciliar. Está relacionada à estratégia comunicativa para fortalecer a adesão ao tratamento e a satisfação do usuário com o atendimento profissional. Apresenta quatro “inovações” para o processo de trabalho na Atenção Primária: protocolos e diretrizes clínicas baseados em evidências; pagamento por desempenho, gestão das doenças crônicas e atenção médica domiciliar.⁹⁰ (STARFIELD, 2011).

No entanto, a autora aponta a estratégia de ampliação desta abordagem, saindo do foco no “diagnóstico” para o foco na “pessoa”, como forma de compreender as condições individuais do processo saúde-doença, de forma abrangente, nas dimensões biopsicossociais. A Atenção Primária seria o espaço privilegiado para estes cuidados, que vão desde a prevenção à gestão dos problemas ao longo do tempo, acompanhando os processos singulares da experiência do adoecimento pelos indivíduos (STARFIELD, 2011).

O Cuidado Centrado na Pessoa (*Person-centered care*) busca ampliar a abordagem na atenção, agregando aspectos subjetivos para fortalecimento do vínculo e compartilhamento das decisões sobre os regimes terapêuticos e adesão ao tratamento, conforme contexto e expectativa das pessoas. Como método clínico, esta abordagem torna-se o instrumento central da prática da Medicina de Família e Comunidade para abordar a gestão clínica do cuidado e das condições de saúde singulares dos usuários. O saber clínico, tanto para as múltiplas morbidades, como para a intervenção “adequada” a cada uma delas e a todas relacionadas entre si, continua sendo o ponto central da prática médica na Atenção Primária. Não obstante, a formulação busca agregar ao método clínico a perspectiva da promoção e prevenção da saúde, abordando o contexto e a experiência do usuário, sobretudo na perspectiva individual do enfrentamento do adoecimento e dos seus riscos (STARFIELD, 2011; STEWART et al., 2017).

Observam-se pressupostos⁹¹ que buscam a “conexão emocional” (STEWART et al., 2017) com os usuários, em um movimento de personalização na oferta do cuidado e

⁹⁰ Às quatro inovações mencionadas, agrega-se a construção das diretrizes para protocolos clínicos com base na Medicina Baseada em Evidências, para gestão clínica dos agravos e doenças e para a criação de indicadores de monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços prestados que subsidiam o pagamento por desempenho em empresas médicas norte-americanas e no NHS inglês (STARFIELD, 2011).

⁹¹ A origem da discussão data da segunda metade do século XX, quando a **Abordagem Centrada na Pessoa da psicologia humanista de Carl Rogers, o modelo de sistemas de Betty Neuman na enfermagem e da relação**

tratamento coordenado, principalmente capacitando a realização do autocuidado individual. Procura-se promover a valorização das necessidades emocionais, práticas e sociais para “empoderamento” individual e autogestão dos usuários da sua saúde. Entende-se que este método de atenção propõe inter-relacionar a perspectiva médica clínica, a subjetividade e a produção de planos terapêuticos para a melhoria de “resultados clínicos”, respeitando necessidades individuais e contexto particular dos usuários (BARBOSA; RIBEIRO, 2016; THE HEALTH FOUNDATION, 2014; STEWART et al., 2017).

Apesar da falta de precisão no uso corrente dos termos Atenção Centrada no Paciente e Cuidado Centrado na Pessoa, há um consenso sobre a exigência de mudanças no trabalho da Atenção Primária. Estas mudanças no processo de trabalho estão relacionadas ao peso dado à **gestão da clínica**, especialmente dos agravos e doenças crônicas, de forma compartilhada entre equipe multiprofissional e indivíduos pautada, sobretudo, pelas **demandas, preferências e incentivo à autogestão** da própria condição de saúde pelos usuários (THE HEALTH FOUNDATION, 2014).

A captação da experiência dos indivíduos e a análise das intervenções profissionais são consideradas fundamentais para “medir” a satisfação dos usuários, monitorar, responder a mecanismos de retroalimentação e avaliar a qualidade dos serviços com base nas abordagens “centradas na pessoa”. Pesquisas de satisfação, acompanhamento em tempo real da história clínica individual⁹² e pesquisas nacionais de saúde são fontes de dados para a realização das medições (THE HEALTH FOUNDATION, 2014). O uso das TIC favorece tanto a alimentação dos sistemas de informação, como a ampliação das formas e a quantidade de

médico-paciente de Michael Balint influenciaram o desenvolvimento do método clínico “centrado na pessoa”. De acordo com Stewart et al. (2017), o método possui quatro componentes: 1) “Explorando a saúde, a doença e a experiência da doença” (percepções subjetivas, experiências e dados objetivos de anamnese e exame físico); 2) “Entendendo a pessoa como um todo” (aspectos pessoais, familiares e da comunidade/cultura); 3) “Elaborando um plano conjunto de manejo dos problemas” (plano terapêutico identificando problemas, prioridades, metas e responsabilidades); 4) “Intensificando a relação entre a pessoa e o médico” (compaixão e empatia, poder, cura e esperança, autoconhecimento e sabedoria prática, transferência e contratransferência).

⁹²Além disso, há que se ponderar o papel da abordagem centrada nas pessoas nas classificações e nomenclaturas da medicina ampliando a medicalização das condições e processos de cuidado prestados aos usuários no âmbito da Atenção Primária. A Organização Mundial dos Médicos de Família (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians – WONCA*), criada no ano de 1972, vem documentando as principais “condições” (não restrita ao diagnóstico de doenças) apresentadas pelos usuários atendidos e construindo instrumentos de medida para rastrear a evolução dos problemas e eventuais diagnósticos clínicos nos episódios de cuidados e encontros nas atividades profissionais na Atenção Primária. Junto a outras organizações, tal como o Centro Nacional de Estatísticas dos EUA, desenvolveu a Classificação Internacional da Atenção Primária (CIAP), com componentes relacionados à Classificação Internacional de Processos de Cuidado em Atenção Primária, Classificação Internacional de Problemas de Saúde na Atenção Primária e Classificação por Motivos de Consulta (CMC) ancoradas na perspectiva “centrada no paciente”. Em 1993, a CIAP foi reconhecida no sistema de classificações da OMS, traduzida e amplamente divulgada (GUSSO, 2020).

contatos, interação e comunicação dos profissionais de saúde junto aos usuários, contribuindo para maior entrega direta de informações, prescrições e exames para os usuários (STARFIELD, 2011). Ademais, segundo Stewart et al. (2017), há uma confluência entre a Medicina Baseada em Evidências e o método clínico centrado nas pessoas, quando se trata do fornecimento de diretrizes e informações científicas na estruturação de elementos a serem abordados e negociados junto aos usuários para a construção dos planos terapêuticos singulares e realização da gestão da clínica.

A gestão da clínica aparece frequentemente sob a denominação de “Governança Clínica”, estando associada às discussões de restrição orçamentária, padrões de produtividade do trabalho em saúde e de qualidade dos serviços. Nos anos 1980, as empresas de *managed care* (MCO) norte-americanas imprimiram forte controle e padronização na gestão do trabalho em saúde com vistas a resultados econômico-financeiros. A partir dos anos 1990, percebe-se uma renovação do discurso que agrega, além do controle e padronização estabelecidos pelos rígidos protocolos clínicos, a “Governança Clínica” como estratégia de gestão (associada ao gerenciamento) do trabalho com base na melhoria constante e continuada da qualidade dos serviços (GOMES et al., 2015).

De acordo com Gomes e Lima (2017), os termos “governança clínica”, “*gestión clínica*” e “gestão da clínica”, apesar de aparentarem semelhanças, surgem em períodos históricos e por demandas específicas, adaptadas aos cenários nacionais concretos. O primeiro tem como ponto focal as reformas no sistema nacional de saúde inglês; o segundo, propostas de reformas no sistema de saúde espanhol e o último mescla aspectos da “governança clínica” inglesa e atenção gerenciada estadunidense no cenário brasileiro. Contudo, o contexto da aplicação das propostas surge das seguintes demandas:

- (i) a presença de mudanças no perfil demográfico e epidemiológico das populações, onde há a persistência de doenças agudas e o avanço de doenças crônicas; (ii) a possibilidade de indução da demanda pela oferta, em função do pagamento por procedimento; (iii) o papel dos profissionais de saúde, em função do seu domínio sobre os saberes para o cuidado à saúde; (iv) a identificação de melhores práticas na investigação e tratamento de doenças, decorrentes de inovações tecnológicas e da saúde baseada em evidências; e (v) diferentes perspectivas daqueles que fazem a gestão dos serviços e dos que atuam diretamente no cuidado à saúde. (GOMES; LIMA, 2017, p. 1)

Para Gomes et al. (2015), três sentidos de “gestão” associam-se ao ideário da Governança Clínica: gestão de pessoas (foco no desempenho profissional), de processos (utilização de estratégias de *benchmarking*) e das ações (foco em prescrições e intervenções para os serviços enfrentarem o “mau” desempenho). Em todos os sentidos empregados para a gestão na Governança Clínica, o propósito é aplicação de um conjunto de práticas nos

sistemas de saúde, sobretudo para: “[...] **transformação e atingimento de resultados (eficácia) através da correção de desempenhos profissionais insuficientes.**” (GOMES et al., 2015, p. 2434)

O aumento do desempenho profissional é uma das estratégias centrais da Governança Clínica, sendo desenvolvido por meio de auditoria e monitoramento da prática clínica, educação e mudança de comportamento dos profissionais, responsabilização pelos usuários atendidos e pela melhoria constante da segurança e da qualidade dos serviços prestados:

[...] **há um destaque aos mecanismos de detecção das não conformidades das condutas profissionais e ao controle e padronização do trabalho profissional.** Isso, de certa forma, reforça o predomínio na saúde do controle por meio de processos disciplinares e normativos, em detrimento de pouco ou nenhum investimento em mudanças de valores e posicionamentos profissionais. (GOMES et al., 2015, p. 2437, grifo nosso)

Por outro lado, cabe destacar o sentido apontado na literatura do componente sistêmico da Governança Clínica que se relaciona à “sustentabilidade” dos serviços. São apontadas estratégias de implementação dos protocolos clínicos como forma de viabilizar a atenção com menor custo através da supervisão clínica, construção de redes de apoio e suporte à distância (telemedicina) para profissionais de enfermagem em localidades remotas (GOMES et al., 2015).

É nesta articulação das reformas nos sistemas de saúde e reorientação do processo de trabalho com base nos pressupostos da atenção gerenciada, governança clínica, abordagens “centrada na pessoa”⁹³ que se estabelecem as tensões entre “padronização-singularização” e “controle e autonomia”, conforme discutido por Gomes et al. (2015). Neste sentido, pode-se compreender que as diretrizes estabelecidas no âmbito destas articulações proporcionam profundo processo de reestruturação produtiva que afeta a organização dos serviços e o trabalho no âmbito da Atenção Primária, aliado à incorporação massiva das TIC.

Este processo está associado, por um lado, à restrição orçamentária para o financiamento dos sistemas universais, as formas de mercantilização da saúde e a consequente precarização estrutural do trabalho; por outro, pela elevação da exploração do trabalho dos profissionais de saúde na busca da “qualidade total” (clínica) através do gerenciamento do trabalho (“microgestão das tecnologias”; “microdecisões clínicas”) nos moldes da Atenção Gerenciada e Governança Clínica (Quadros 8 e 9).

⁹³ De acordo com Mendes (2011), a “variabilidade” nos procedimentos sanitários gera elevados graus de incerteza na gestão dos serviços de saúde. Há um tipo de variabilidade “boa” proporcionada pela “atenção centrada na pessoa”, mas há um tipo pior, mais comum nos serviços de saúde, em decorrência de limitações e falhas na aplicação do conhecimento profissional. A racionalização dos serviços está sujeita a variações na oferta e no consumo, sendo a primeira mais facilmente manejada que a segunda. A aplicação desta racionalização é o *locus* de discussão e atuação da gestão de saúde.

Quadro 8 – Características da orientação do processo de trabalho na Atenção Centrada no Paciente e Cuidado Centrado na Pessoa pós-1980

Atenção Centrada no Paciente	Cuidado Centrado na Pessoa
Comunicação e interações em visitas domiciliares	Vínculo e relações longitudinais
Orientado por episódios de doenças	Agravos como parte do processo da vida
Dedicado a manejo de agravos e doenças	Adoecimento como fenômeno inter-relacionado
Comorbidades como quantidade de doenças crônicas	Comorbidades como combinações de tipos de doenças
Sistemas corporais em separado	Sistemas do corpo inter-relacionados
Códigos de sistemas que refletem definições profissionais sobre doenças	Codificação de sistemas permitem também especificações e preocupações das pessoas sobre a saúde
Preocupação com a evolução da doença	Preocupação com a evolução da doença e experiência das pessoas com os problemas de saúde
Aumento da responsabilidade do usuário por seu próprio cuidado	Aumento da responsabilidade do usuário por seu próprio cuidado

Fonte: Adaptado de Starfield (2011, tradução livre).

Quadro 9 – Características da reorganização do trabalho na Atenção Gerenciada (*managed care* – MCO) e governança clínica (*clinical governance*) pós década de 1980

Atenção gerenciada (EUA)	Governança Clínica (Inglaterra)
Medicina Baseada em Evidências	Efetividade clínica
Diretrizes Clínicas	Auditoria clínica
Protocolos Clínicos	Gerenciamento de risco (segurança e eficiência dos serviços)
Padronização trabalho em saúde	Informação, educação e treinamento – desempenho profissional
Filtragem procedimentos e atenção especializada	Gerenciamento de pessoas – desempenho profissional
Redução de custos com serviços e procedimentos	Participação do paciente/público – “centrada nas pessoas”
Financiamento por pacote de serviços	Incentivo resultados em saúde
Fim de barreira de acesso aos serviços	Padrões/ “boas práticas” de qualidade serviços – excelência clínica

Fonte: Adaptado de Gomes et al. (2015); Mendes (2011); e Padilha et al. (2018).

No processo histórico de reformas dos sistemas de saúde e da Atenção Primária, em particular, estratégias foram elaboradas e experimentadas nos EUA e no NHS⁹⁴ e vêm sendo sistematicamente reforçadas e divulgadas por meio de redes de instituições governamentais e filantrópicas⁹⁵ inglesas e norte-americanas, além das organizações da Medicina de Família e

⁹⁴ Uma das reformas privatizantes mais profundas no NHS é o *Health and Social Care Act*, de 2012, que modificou, não diretamente o acesso aos serviços e ao financiamento público, mas a inserção de “agentes intermediários” na provisão dos serviços (FILIPPON et al., 2016). Em outros termos, trata-se de **terceirização, ou mercantilização explícita e implícita na oferta de serviços** (JANSEN-FERREIRA, 2018). “Reformas administrativas no NHS ocorrem desde o seu estabelecimento em 1948, o que sobressai na proposta de 2012 é o aprofundamento da liberalização tanto nos fundamentos teóricos, que informam a reforma, como nas medidas administrativas: mudanças estruturais do sistema de saúde; queda do consenso social do Sistema de Bem-Estar Social; defesa da legitimidade do mercado em atender às demandas sociais por meio da redução da atuação do Estado; e estímulo aos elementos organizacionais que emulam o mercado dentro da administração pública.” (FILIPPON et al., 2016, p. 2).

⁹⁵ Um exemplo pode ser visto no *Health Foundation*, uma instituição de caridade captadora de fundos financeiros e mediadora política de reformas no NHS. Segundo informações no *site*, a instituição origina-se a partir da primeira venda de uma organização privada de seguros de saúde e da doação de 560 milhões de libras de uma organização privada de seguro saúde, tornando-se fundação caritativa a partir de 2003. Atualmente o fundo conta com 1 bilhão de libras em doações para proporcionar “melhores cuidados de saúde”. A instituição de caridade atua em diversas agendas políticas relacionadas à saúde a partir de cinco objetivos principais: promover vidas saudáveis para todos, suporte e análise de dados para melhorar a saúde, apoio e melhoria dos cuidados de saúde, tornar os serviços de saúde e cuidados “mais sustentáveis”, **melhorar a política nacional de saúde e cuidado**. (tradução nossa) (THE HEALTH FOUNDATION, 2021).

Comunidade sob o discurso de uma Atenção Primária “sustentável” (FILIPPON et al., 2016; GIOVANELLA et al., 2019b; GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020).

A forte influência destas abordagens é visível em diversos sistemas de saúde no mundo e nos documentos dos organismos internacionais. Estes últimos divulgam diversas referências de “boas práticas”, com peso crescente da OCDE no setor, baseadas nas abordagens centradas na pessoa (em sua amplitude de significação) e na qualidade (que se refere especialmente ao desempenho dos profissionais de saúde e/ou a expectativa do consumidor de serviços). Estratégias de ampla concorrência entre prestadores de serviços, com base na “escolha” e satisfação dos clientes – cujas expectativas se relacionam, de imediato, ao tempo de acesso e ao consumo de mercadorias na saúde (procedimentos, intervenções, medicações, exames) – são estabelecidas para impulsionar “ganho de eficiência” e “qualidade” no sistema de saúde (FILIPPON et al., 2016; THE HEALTH FOUNDATION, 2014).

Neste cenário, por um lado, observam-se indicações de planejamento dos cuidados personalizados compatibilizado com pacotes de serviços contratados privadamente a partir de subsídios financeiros públicos (pré-pagamento ou *poolings*). Por outro, proliferam-se empresas, organizações não governamentais e instituições filantrópicas voltadas à prestação de serviços privados, e/ou públicos de gestão indireta, no âmbito da Atenção Primária.

Cabe ressaltar que a configuração do processo de trabalho na Atenção Primária nesta perspectiva enfatiza o atendimento das demandas individuais, mas sob o controle dos padrões das diretrizes clínicas⁹⁶ e relativa flexibilidade para adaptação terapêutica ao contexto singular dos usuários. Além do foco nas preferências e ações no âmbito do cuidado individual, incentiva-se ranquear os diversos prestadores dos serviços conforme avaliação da qualidade percebida pelo usuário como consumidor de mercadorias saúde, minando o reconhecimento do direito à saúde como parte da seguridade social e da participação popular na luta pelos direitos sociais.

⁹⁶ Interessante destacar o modelo inglês das *walk-in centers*, que são fundamentalmente compostos por enfermeiras que atendem em horários estendidos de trabalho (os centros funcionam inclusive nos horários noturnos) guiados pela demanda individual de usuários que, ao apresentarem queixas agudas de saúde, são atendidos pelas enfermeiras a partir do uso de algoritmos informacionais (*softwares*) que contam com as diretrizes clínicas e protocolos sistematizados e gerando respostas de intervenção a serem prescritas pelas enfermeiras aos usuários. Uma das críticas ao modelo está relacionada à racionalidade econômica e à segurança do paciente na organização dos centros: “Nurses may be no less expensive than doctors if they spend longer on consultations, and it is not certain that nurses can safely manage the wide range of problems seen in primary care.” (SALISBURY et al., 2002 p. 399) Algoritmos não fazem todo o trabalho (clínico) que um médico presencialmente deveria fazer, nem as enfermeiras deveriam utilizar menos tempo em suas consultas para atender à finalidade do seu trabalho, que é o cuidado. Exige tempo, vínculo e muita “tecnologia leve” (relacional), como diria Merhy, para o trabalho da enfermagem.

Os profissionais de enfermagem realizam a mediação destes interesses no contexto concreto do trabalho na Atenção Primária, sob tensão constante entre as necessidades reais da população, demandas dos usuários e metas de gestão para populações cada vez maiores e em condições cada vez mais intensificadas e precárias de trabalho. O trabalho da enfermagem está no centro das atenções sob a justificativa da capacidade de prestação de cuidados clínicos “sustentáveis”, especialmente para portadores de DCNT⁹⁷, no contexto da diminuição do tempo de internação e número de leitos hospitalares, aumento da atenção domiciliar (transferência de atividades de saúde especializadas para o âmbito comunitário) e apoio para autocuidado dos usuários.

Em contrapartida, recorre-se ao uso intensivo do trabalho da categoria em cenários “remotos” (áreas rurais ou populações empobrecidas, com baixo poder de compra de serviços privados), isto é, os vazios assistenciais que grande parte dos profissionais médicos e/ou da enfermagem, especialmente nos países periféricos, mais qualificados não estão dispostos a estar presencialmente, considerando a migração e concentração de profissionais de saúde em locais com melhores condições de trabalho. Além disso, diante da necessidade de aumento da oferta de serviços, o retorno dos recursos investidos pela iniciativa privada (mercantilização) depende do valor da força de trabalho empregada⁹⁸.

⁹⁷O Modelo de Atenção às Doenças Crônicas, que utiliza a abordagem da “atenção centrada no paciente”, foi desenvolvido nos EUA para resposta à emergência das DCNT propondo: implantação da atenção com equipe multidisciplinar, atendimentos programados e monitoramento (presencial ou a distância) para apoio ao autocuidado dos usuários. As ações são desenvolvidas por meio de acompanhamento sistemático e apoio de “profissionais-líderes”, uso de prontuários clínicos informatizados e planos de cuidados para monitoramento constante, estratificação de risco e *performance* individual, uso intensivo de “tecnologias” de autocuidado para manejo das condições crônicas e integração de recursos de organizações de saúde e comunitárias (MENDES, 2011).

⁹⁸ É didática a explicação relacionada à teoria econômica na produção dos serviços de saúde (Lei de Evans) e o exemplo dado por Mendes (2011) sobre os ajustes necessários para aumento da oferta de serviços compatíveis com o financiamento dos sistemas de saúde: “Desde que a maioria dos sistemas de atenção à saúde públicos são financiados por impostos, o resultado será um aumento explícito dos impostos ou da cota tributária total que é usada para financiar o sistema de atenção à saúde. O aumento poderia ser passado adiante através de encargos diretos para os usuários do sistema. Da mesma forma, um aumento grande da oferta de médicos no mercado (aumento de Z) pode levar a uma necessidade de aumentar as receitas, via incremento dos impostos, ou compensar os maiores gastos com a diminuição do salário médio dos médicos (diminuindo de W). Isso ocorre porque, tal como gostam de mencionar os economistas, não há banquete de graça e, portanto, alguém tem de pagar por ele. Ambos os ajustes são politicamente desconfortáveis.” (MENDES, 2011, p. 357)

2.3 A força de trabalho da enfermagem na Atenção Primária: perspectivas e propostas dos organismos internacionais para o século XXI

Os vazios assistenciais nas áreas mais remotas dos países periféricos é objeto de discussão e resoluções da OMS desde a segunda metade do século passado. Pode-se observar, por exemplo, a solicitação aos países membros do organismo para contribuir na assistência, desenvolvimento e treinamento de profissionais de saúde para atender às necessidades da população daqueles que haviam conquistado recentemente a independência na década de 1960 na África (WHO, 1961). Também era alvo de debate na OMS a situação da migração de médicos dos países periféricos para os centrais e a necessária regulamentação e validação internacional da qualificação destes profissionais, assim como os sérios problemas de ausência de assistência para os países de origem⁹⁹ (WHO, 1969a, 1969b).

Apesar dos apelos à cooperação internacional multilateral, ao aumento da formação de profissionais médicos e “regresso” destes profissionais aos respectivos países de origem, a necessidade de recrutamento de força de trabalho de saúde nos países periféricos continuou persistindo. Ampliou-se a demanda para “treinamento de profissionais de saúde de todos os níveis” e os esforços para formação da força de trabalho do “pessoal auxiliar de saúde” nos respectivos Estados Nacionais, considerando as necessidades de saúde da sua população (WHO, 1970, 1971).

Nesta perspectiva, foi percebido pelos “expertos” de saúde pública da OMS, a importância de contar com mais profissionais de enfermagem para “aliviar a pressão para os médicos”. A criação do Comitê especialista de enfermeiras na OMS está relacionada diretamente a estas demandas no âmbito da saúde pública, obtendo especial crescimento a partir da década de 1960, frente ao objetivo de apoiar a atenção às necessidades de saúde das populações nas nações africanas, recém-independentes à época (WHO, 2017a).

Nursing and Midwifery in the History of the World Health Organization - 1948–2017 é uma importante publicação da OMS que sintetiza a história da sua relação com a enfermagem. Desde 1948, os programas voltados para formação e desenvolvimento da

⁹⁹Pode ser observado nas resoluções WHA 22.51, de 1969, apelos da OMS (1969b) aos países centrais, que estavam a formar profissionais médicos estrangeiros em seus territórios, para fomentar seu retorno aos países de origem: “La 22ª Asamblea Mundial de la Salud [...], 2. EXHORTA a los países de economía desarrollada a que cooperen a la creación y al buen funcionamiento de facultades de medicina en los países en desarrollo, y a la habilitación de los demás medios necesarios para que estos últimos países puedan disponer del personal médico indispensable para atender sus necesidades sanitarias; y 3. EXHORTA a los países de economía desarrollada que participen en la formación de médicos originarios de países en desarrollo a que fomenten el regreso de los graduados a sus países respectivos para trabajar en ellos.” (WHO, 1969b, p. 1-2)

enfermagem e obstetrícia são uns dos principais focos da OMS em relação ao fortalecimento da força de trabalho em saúde, especialmente para os países periféricos. Reforça-se a atuação e formação das enfermeiras e parteiras, sob enfoque maior em programas verticais de saúde pública e materno-infantil com caráter “social”, sob o argumento de que *“the physician by himself cannot cope fully with the health needs of his community”* (WHO, 2017a, p. 6).

WHO would assist countries to analyze the local requirements so that the training of each group could be adapted to the needs and circumstances. It was recognized that in many countries it was not yet practicable or possible to provide full professional services for the whole population. It was therefore “necessary to train ‘sub-professional’ or auxiliary workers, and WHO should be ready to help in training them. (WHO, 2017a, p. 6)

Como o próprio documento aponta, ao longo das décadas, a OMS promoveu uma série de iniciativas que foram “moldando” o discurso político, as oportunidades e as estratégias para o desenvolvimento da prática e da profissão da enfermagem como força de trabalho em saúde “socialmente responsável e adequada para atender às necessidades de saúde” (WHO, 2017a). A qualificação profissional e o horizonte da “ampliação” do papel das enfermeiras e enfermeiras obstétricas, diante da escassez da força de trabalho nos serviços de saúde, marcaram, desde o início, a relação das representantes da profissão (comitês de especialistas, “chefes de enfermagem”) com o organismo (WHO, 2017a).

Nesta publicação, a OMS aponta a importância de contar com enfermeiras bem treinadas, qualificadas em sua prática, melhorando e “reformando” a qualidade da educação, de forma a garantir serviços disponíveis para as “populações que servem”. “A whole series of reforms was – and still is – necessary at all levels of society before nurses and midwives can make their maximum contribution to human health.” (WHO, 2017b, p. xii)

A estreita relação da enfermagem com a OMS veio se desenvolvendo, sobretudo, pelas demandas de atenção à saúde pública. As definições sobre a atuação, formação e divisão técnica e social do trabalho para os serviços de saúde pública foram sendo discutidas, alinhadas e sistematizadas pelo organismo para atender aos vazios assistenciais, conforme as condições políticas e econômicas de cada país. Nesta perspectiva, a flexibilidade de qualificação da categoria são consideradas, especialmente para a assistência “comunitária” em áreas remotas e rurais nos países com menores capacidades orçamentárias¹⁰⁰ (WHO, 2017a).

¹⁰⁰O Comitê de Enfermeiras e o Conselho Internacional de Enfermeiras buscaram impulsionar o reconhecimento da profissionalização da enfermagem e programas de formação para fortalecer a qualificação e treinamento. No entanto, diante das dificuldades para incorporação de profissionais qualificadas em nível de graduação, reconsiderou-se que: “It was stated that auxiliary staff could perform tasks requiring less costly training. The relative number of auxiliaries to nurses was considered to vary greatly, depending on the health needs of patients and families, on the general health programme, and on economic and human resources. Studies were required to determine this ratio, which may differ from country to country and from situation to situation.” (WHO, 2017, p.

É consenso que, a partir da década de 1970, com a priorização da organização da Atenção Primária em âmbito mundial, a presença da categoria nas discussões da OMS assumiu patamar da maior relevância nestes serviços, com foco especial na discussão da Saúde da Família e Comunidade. No cenário de falta de profissionais de saúde em muitas localidades, a “combinação de habilidades” (especialmente no que diz respeito às práticas clínicas) tornou-se um dos objetivos principais dos planejadores e gestores da saúde para atender às demandas de expansão da cobertura, aproveitando ao máximo os recursos próprios da comunidade (WHO, 2017a).

Às vésperas da Conferência sobre Cuidados Primários de Alma-Ata, foi realizada reunião entre os representantes da direção da OMS, do Comitê de Especialistas de Enfermagem, do ICN, da Confederação Internacional da Enfermeiras Obstétricas (ICM) e das organizações filantrópicas, como o *Christian Medical Commission, International Committee of Catholic Nurses and Medico-Social Assistants* e a Cruz Vermelha, com o propósito de discutir o papel das enfermeiras na Saúde Comunitária (WHO, 2017a). A proposta envolvia uma ampliação significativa do escopo de prática destas profissionais, mudando sua denominação para Enfermagem de Família e Comunidade:

Family health nursing is based on the concept of the family as a unit and is directed towards meeting the health needs and concerns of the family by encouraging it to use its own resources, both human and material, and by indicating the best way to use available health services. Developments taking place in modern life have led to changes in health needs and demands for wider service coverage than has ever been envisaged. Illness, disability, or other events such as unemployment can disturb the equilibrium of the group and affect the mental and physical health of its members. In many countries, the shortage of health personnel limits the wider use of home visiting services intended to reach all families needing care; such visits often have to be reserved for selected families only. Thus, other methods must be employed to provide family health care. Possible approaches are to work with small groups of families and to organize consultations in a family-centered clinic. Community nursing includes family health nursing but is also concerned with identifying the community's broad health needs and involving the community in development projects related to health and welfare. It helps communities to identify their own problems, to find solutions, and to take such action as they can before calling on outside assistance. (WHO, 1974, p. 11)

Como observado no trecho do Relatório Técnico do Comitê de Especialistas sobre Enfermagem e Saúde Comunitária da OMS em 1974, as recomendações de funções e tarefas para as enfermeiras apresentam, por um lado, a ampliação das suas práticas clínicas; por outro, a perspectiva comunitária como estratégia para incentivar a população a contar com seus próprios recursos para solução dos problemas de saúde. Ainda que estes pressupostos

15). Neste sentido, a criação de diferentes grupos, tipos e níveis de formação na enfermagem favoreceu a divisão técnica e social do trabalho na profissão, entre auxiliares e enfermeiras, “praticantes”, “administradoras”, “professoras/ pesquisadoras”, diferentemente do observado na categoria médica.

sejam conservadores, a Enfermagem Familiar e Comunitária buscou, dentro da proposta dos cuidados de saúde, integrar ações terapêuticas e preventivas, em um esforço para ir além do enfoque tradicional dicotômico (assistência médica individual e saúde pública com ações campanhistas e programas verticais) e do modelo biomédico hospitalocêntrico, tendo como base a realidade, as necessidades e os recursos comunitários.

Cabe destacar, neste momento, que tanto a perspectiva racionalizadora da atenção à saúde como a demanda de recrutamento da força de trabalho de enfermagem para atuar nos cenários nos quais a assistência no âmbito da saúde pública era frágil, especialmente nos países periféricos e populações excluídas do processo de medicalização, são consideradas. A principal diferença na nova proposta de atuação da enfermeira na Atenção Primária diz respeito à ampliação das suas atribuições, aumento da exigência de qualificação e de atividades de trabalho que, desde então, incorpora tanto as ações relacionadas aos programas comunitários e de saúde pública como novas “competências” de práticas clínicas, tradicionalmente atribuídas aos profissionais médicos (WHO, 2017a).

Diante do agravamento da escassez de força de trabalho em saúde, no final da década 1970 e início de 1980, a OMS insistiu na manutenção do treinamento rápido para pessoal auxiliar de saúde e desenvolvimento de mais programas de formação para os profissionais de saúde nos respectivos países. A descentralização das atividades de saúde e médicas no âmbito da Atenção Primária, para cumprir a meta da Saúde para Todos nos Anos 2000 (SPT-2000), exigia força de trabalho suficiente para seu desenvolvimento (WHO, 2017a): “Most medical and health activities within the primary health care context should, as far as possible, be carried out at the most peripheral level of the health service by the staff best trained for the purpose” (WHO, 2017a, p. 26).

O Comitê de Especialistas de Enfermagem, entretanto, observou que, para apoiar a estratégia da Atenção Primária e SPT-2000, tornar-se-ia necessário fortalecer o investimento na qualificação e formação de profissionais de enfermagem, ampliando a disponibilidade de enfermeiras para suprir a demanda de expansão dos serviços.

The 1983 Expert Committee noted that if the pattern of earlier historical periods was retained with its emphasis on doctors, “the very meaning of the health team will be distorted, thus seriously jeopardizing the successful application of the primary health care approach”. A redefinition of the roles and functions of doctors was required along with that of the nurses who were “numerically the largest group among health staff [who] provide a multiplicity of services in a wide range of settings. (WHO, 2017a, p. 27)

Frequentemente, a OMS e as representações da enfermagem no organismo sinalizavam o compromisso e a contribuição da categoria na expansão dos serviços de

Atenção Primária. No entanto, reconhecem, desde o final do século passado, a ausência da enfermagem na elaboração das políticas de saúde nos Estados Nacionais. Tal é a pauta de luta da categoria pela liderança e presença da enfermagem nos espaços de deliberação do Estado Capitalista, ao passo que se observa o fenômeno da migração das profissionais, justamente naqueles locais em que mais precisaria da sua atuação, diante do aprofundamento da crise e piora nas condições de trabalho nos países periféricos (WHO, 2017a).

A further, more demanding, responsibility for nursing and midwifery personnel would be to fulfil the roles usually ascribed to general medical practitioners, including examining the sick and disabled, determining the source of health problems, and treating acute conditions and major preventable diseases in the community. ‘Nurses should be able to assume a number of leadership functions in the health team’, the Expert Committee said. ‘The challenge is how to harness the potentially powerful force of the nursing group not simply for ongoing activities but for change within the health system’. (WHO, 1985 apud WHO, 2017a, p. 28, grifo nosso)

Entre as décadas de 1980 e 1990, há um importante acréscimo na discussão sobre as atividades da enfermagem e planejamento da sua força de trabalho para os sistemas de saúde. Neste período, é possível observar a ampliação da perspectiva “global” em relação aos interesses de “fortalecimento da enfermagem” para atender à demanda de cobertura serviços de enfermagem, especialmente nos países periféricos. Em 1989, a resolução WHA42.27 da 42ª Assembleia Mundial de Saúde, com base no diagnóstico de número insuficiente de profissionais de enfermagem para atender à crescente demanda de cuidados, tanto pela transição demográfica e epidemiológica como pelo reforço de atividades sanitárias no âmbito das doenças transmissíveis e materno-infantil, estabelece, entre suas recomendações, especial atenção à formação, investigação e fomento aos Estados membros para planejamento da força de trabalho da enfermagem para expandir a cobertura de cuidados na Atenção Primária (WHO, 1989).

Cabe ressaltar, entre outras solicitações, o reforço ao pedido de ampliação do número de profissionais e da sua atividade na Atenção Primária em zonas periféricas, sobretudo para grupos vulneráveis, intensificando o apoio à rede de centros colaboradores da OMS para o desenvolvimento da enfermagem “[...] y, a través de esos centros, promueva la participación de otras instituciones y organismos en la ampliación de las actividades de la OMS” (WHO, 1989, p. 2). Nesta resolução, inclui também a requisição de preparação de instrumentos para a vigilância sistemática do progresso de sua aplicação (WHO, 1989).

Em 1992, a resolução WHA 45.5, da 45ª Assembleia Mundial de Saúde, foi mais enfática no diagnóstico do “aumento dos custos de atenção à saúde em todos os países” e na escassez de profissionais de enfermagem suficientes para atender às demandas das crescentes

necessidades de saúde “presentes e futuras”. No documento, reconhecem a necessidade de incrementar as atividades de discussão do planejamento da força de trabalho da enfermagem no âmbito da OMS. Entre outras requisições, é solicitada a criação de um grupo multidisciplinar mundial de assessoramento para a Direção Geral da OMS sobre serviços de enfermagem e enfermagem obstétrica (WHO, 1992a).

Após a criação da referida resolução, foi criado o Global Advisory Group on Nursing and Midwifery (GAGNM), sendo elevada a subseção de enfermagem dentro do departamento de desenvolvimento de recursos humanos na OMS. O grupo de enfermeiras, junto a representantes de outros setores, incluindo agências e organizações não governamentais (ONGs) e doadores financeiros, eram responsáveis por assessorar diretamente a direção da OMS nos assuntos da enfermagem relacionados às “necessidades de saúde global e serviços de saúde” (WHO, 2017a). As principais ações deste grupo são:

[...] to guide the **development of the Global Agenda for Nursing and Midwifery** within the overall health agenda; • to provide policy advice on how the responsiveness of health systems to peoples’ **health needs can be optimized through the effective use of nursing and midwifery services that are based on research as scientific evidence**; • to support the development and use of nursing and midwifery **outcome indicators in relation to health gains and health status**; • to participate in resource mobilization and efforts for the effective implementation of the Global Agenda for Nursing and Midwifery; • to collaborate in **establishing mechanisms for monitoring the progress of nursing and midwifery contributions to the health agenda** and to the implementation of the Global Agenda for Nursing and Midwifery. (WHO, 2017a, p. 31, grifo nosso)

O grupo foi bastante ativo durante a década de 1990 e elaborou documentos com diretrizes e recomendações sistematizadas para o “fortalecimento da enfermagem”, preparando o planejamento da força de trabalho e atuação da categoria para o novo milênio. (WHO, 1992b, 1993, 1994a, 1995a, 1997). Entre as suas indicações, sugeria que a OMS deveria fortalecer a divulgação para os formuladores de políticas de saúde nos Estados Nacionais, ampliando a contribuição das enfermeiras no atendimento às necessidades de saúde das “populações mais carentes”, a qualidade e o “custo-efetividade” do seu trabalho (WHO, 1992a). Entre outras recomendações, já demonstrava a preocupação com a migração da força de trabalho da enfermagem e a necessidade de construção de regulamentação internacional para o trânsito de profissionais em âmbito mundial (WHO, 1992a).

É interessante observar que a principal justificativa do fortalecimento da enfermagem para cobrir as necessidades de saúde das populações “carentes”, inclusive aumentando as responsabilidades e atribuições, se dá em relação ao próprio diagnóstico da precarização estrutural da vida e do trabalho. Se por um lado, pressupõe-se que esta força de trabalho feminina será a maior envolvida no compromisso ético junto à população mais pauperizada

em âmbito mundial, por outro, não dá a devida importância para o efeito justamente oposto em que maior número de profissionais tende a emigrar dos países periféricos para os centrais, deixando vazios assistenciais, assim como observado pela própria OMS desde a década de 1960/1970.

Ademais, a persistência da dificuldade de participação das mulheres da enfermagem na formulação da política é tão palpável quanto a das mulheres, em geral, no Estado capitalista e no núcleo familiar. A submissão e hierarquização são perpetuadas de forma semelhante à divisão sexual do trabalho entre médicos (maioria homens) e enfermeiras (maioria mulheres). Entretanto, no âmbito da discussão da OMS, trata-se de uma questão de que “poucos países preparam enfermeiras para atuarem em cargos de direção”, como se a atribuição de enfermeiras para estes cargos fosse o suficiente para superar as bárbaras condições de trabalho e sobrecarga das profissionais.

Ao contrário, as perspectivas e discussões se deram em estreita relação com a aplicação de regimes de austeridade e reformas nos sistemas de saúde no final do século XX, recorrendo sempre ao “comprometimento social” da categoria de maneira acrítica pela perspectiva racionadora dos “gastos sociais”. Além disso, as recomendações de “fortalecimento da enfermagem” dirigem-se, principalmente, à Atenção Primária, com foco nos países periféricos. Nesta perspectiva, conta com apoio tanto das representações oficiais da categoria e autoridades sanitárias dos países centrais como das fundações de direito privado, tal como a Fundação Kellogg:

Resolution WHA49.1, adopted in May 1996, urged Member States “to **involve nurses and midwives more closely in health care reform and in the development of national health policy**”. The ICN [Conselho Internacional de Enfermagem] and WHO Collaboration with Governments on the Leadership for Change initiative took place in most Regions with many countries involved. The initiative led to a large cadre of formally trained nurse leaders equipped with the skills to continue training others within their own countries. 34 Early regional workshops on leadership in nursing were organized, some in collaboration with the ICN and others with the International Nursing Foundation of Japan (INFJ) and the Kellogg Foundation. (WHO, 2017a, p. 34)

Em uma busca no repositório institucional da OMS (IRIS/WHO)¹⁰¹, é possível mapear os documentos com estratégias, diretrizes e recomendações para “fortalecimento da

¹⁰¹Foram realizadas na plataforma Institucional Repository for Information Sharing (IRIS/WHO) <https://apps.who.int/iris/>, entre os meses de janeiro e março de 2021, com foco em documentos (relatórios da Assembleia Mundial de Saúde, Diretoria/Conselho executivo, publicações e documentos técnicos) produzidos no período de 1990 a 2020. Na primeira busca utilizamos como descritor principal “*nursing*” e, como filtro em busca avançada (contém no título) o termo “*strengthening nursing and midwifery*”. Encontrado o total de 31 documentos, sendo excluídos 7 (2 fora do período; 2 repetidos e 3 de Secretarias Regionais), e **selecionando 20**. Realizamos uma segunda busca na plataforma utilizando como descritor principal o termo “*strengthening nursing and midwifery*” e, como filtro na busca avançada (contém no título) “*nursing*”, encontrando um total de 125 documentos, foram excluídos 96 (4 fora do período; 20 repetidos; 62 de Secretarias Regionais; 7 artigos de

enfermagem” empregados pelo organismo, junto a especialistas e representações da categoria e instituições públicas e privadas, sumarizados nos Quadros 10, 11 e 12. A partir da década de 1990, as pautas da otimização do trabalho e contribuição da enfermagem nos serviços, considerando, sobretudo, os resultados e os custos nos serviços de saúde, são tomadas como formas de valorizar e dar visibilidade à categoria, sobressaindo como tônica da visão de futuro para a categoria nos relatórios do grupo.

Quadro 10 – Sumário de Resoluções e Documentos da OMS com estratégias, diretrizes e recomendações para a força de trabalho da enfermagem entre as décadas de 1990 – 1999 (continua)

Ano	Documento	Título
1991	Relatório Diretor Geral EB89/13	Fortalecendo a enfermagem e a obstetrícia no apoio às estratégias de saúde para todos: relatório do Diretor-Geral
1992	Relatório Diretor Geral A45/4	Fortalecimento da enfermagem e obstetrícia em apoio as Estratégias de Saúde para Todos
1992	A45/A/Conf.Paper No. 1	Fortalecimento da enfermagem e obstetrícia em apoio às estratégias de saúde para todos: projeto de resolução proposto pelas delegações de Bangladesh, Barbados, Bélgica, Botswana, Brunei Darussalam, Canadá, Ilhas Cook, Chipre, Gâmbia, Gana, Islândia, Quênia, Lesoto, Malawi, Malásia, Maldivas, Malta, Maurício, Namíbia, Nova Zelândia, Nigéria, Samoa, Seychelles, Suazilândia, Tonga, Trinidad e Tobago, Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda do Norte, República Unida da Tanzânia e Zimbábue.
1992	Resolução Assembleia WHA45.5	Fortalecimento da enfermagem e obstetrícia em apoio às Estratégias de Saúde para Todos
1992	A45/INF.DOC./6	Fortalecimento da enfermagem e obstetrícia em apoio às estratégias de saúde para todos
1992	Global Advisory Group (GAG)	1º Relatório Grupo global de aconselhamento em enfermagem e obstetrícia
1993	Global Advisory Group (GAG)	2º Relatório Grupo global de aconselhamento em enfermagem e obstetrícia
1994	Global Advisory Group (GAG)	3º Relatório Grupo global de aconselhamento em enfermagem e obstetrícia

revistas; e 1 saúde mental), e **selecionados 31**. Na terceira busca na plataforma utilizamos como descritor principal o termo "*global advisori group*" e, como filtro em busca avançada (contém no título) "*nursing*". Encontrado o total de 51 documentos sendo excluídos 45 (30 repetidos; 12 de Secretarias Regionais e 3 artigos), e **selecionados 6**. Na quarta busca na plataforma utilizamos como descritor principal "*nursing*" e, como filtro em busca avançada (contém no título) o termo "*community nursing*". Encontrando o total de 13 documentos, sendo excluídos 12 (5 fora período; 1 repetido; 5 de Secretarias Regionais e 1 artigo), e **selecionado 1**.

Quadro 10 – Sumário de Resoluções e Documentos da OMS com estratégias, diretrizes e recomendações para a força de trabalho da enfermagem entre as décadas de 1990 – 1999 (conclusão)

Ano	Documento	Título
1994	Relatório Grupo de Estudo OMS	La enfermeria mas alla del año 2000
1995	Conselho Executivo EB97/INF.DOC./2	Fortalecimento da enfermagem e obstetrícia
1995	Resolução Assembleia Mundial de Saúde WHA 54.12	Fortalecimento da enfermagem e obstetrícia
1995	Relatório de acompanhamento Divisão de Enfermagem Desenvolvimento de Recursos Humanos para a Saúde	Fortalecimento da enfermagem e obstetrícia 1992 – 1995
1995	Global Advisory Group (GAG)	4º Relatório Grupo global de aconselhamento em enfermagem e obstetrícia
1996	Conselho Executivo EB97.R1	Fortalecimento da enfermagem e obstetrícia
1996	Resolução Assembleia Mundial de Saúde WHA49.1	Fortalecimento da enfermagem e obstetrícia
1996	Relatório Comitê de Especialistas da OMS nº 558	O exercício da enfermagem: relatório Comitê de Especialistas da OMS
1997	Documento Técnico/Estudo	Fortalecendo a enfermagem e a obstetrícia: um estudo global
1997	Global Advisory Group (GAG)	5º Relatório Grupo global de aconselhamento em enfermagem e obstetrícia

Fonte: INSTITUCIONAL REPOSITORY FOR INFORMATION SHARING, WHO, 2021

Quadro 11 – Sumário de resoluções e documentos da OMS com estratégias, diretrizes e recomendações para a força de trabalho da enfermagem entre as décadas de 2000 – 2009 (continua)

Ano	Documento	Título
2000	Global Advisory Group (GAG)	6º Relatório Grupo global de aconselhamento em enfermagem e obstetrícia
2001	Conselho Executivo EB107.R2	Fortalecimento da enfermagem e obstetrícia
2001	Conselho Executivo EB107/6	Fortalecimento da prestação de serviços de saúde: recursos humanos: fortalecimento da enfermagem e obstetrícia: relatório da Secretaria
2001	Relatório Secretariado A54/11	Fortalecimento da prestação de serviços de saúde: fortalecimento da enfermagem e obstetrícia
2001	Resolução Assembleia Mundial de Saúde WHA54.12	Fortalecimento da enfermagem e obstetrícia
2001	Relatório Secretariado A54/12	Fortalecimento da enfermagem e obstetrícia
2001	Relatório de acompanhamento	Fortalecimento da enfermagem e obstetrícia: progresso e futuro 1996 - 2000
2001	Global Advisory Group (GAG)	7º Relatório Grupo global de aconselhamento em enfermagem e obstetrícia
2002	Publicação	Orientações estratégicas para fortalecer os serviços de enfermagem e obstetrícia
2002	Global Advisory Group (GAG)	8º Relatório Grupo global de aconselhamento em enfermagem e obstetrícia
2002	Publicação do Departamento de Força de Trabalho em Saúde	Orientações estratégicas para fortalecer os serviços de enfermagem e obstetrícia 2002 – 2008
2005	Relatório Global Advisory Group for Nursing and Midwifery (GAGNM)	9º Relatório Grupo global de aconselhamento em enfermagem e obstetrícia

Quadro 11 – Sumário de resoluções e documentos da OMS com estratégias, diretrizes e recomendações para a força de trabalho da enfermagem entre as décadas de 2000 – 2009 (conclusão)

Ano	Documento	Título
2006	Relatório Secretariado A56/19	Fortalecendo a enfermagem e a obstetrícia: relatório da Secretaria
2006	Departamento Recursos Humanos em Saúde – Enfermagem e Obstetrícia	Relatório do Fórum para Chefes de Enfermagem e Parteiras dos Governos
2006	Resolução Assembleia Mundial de Saúde WHA59.27	Fortalecimento da enfermagem e obstetrícia
2007	Documento Técnico	Mobilidade internacional de enfermeiras: tendências e implicações políticas
2007	Relatório Departamento Recursos Humanos em Saúde – Enfermagem e Obstetrícia	Relatório da consulta global para implementação de estrutura para aumentar a capacidade da enfermagem e obstetrícia
2007	Relatório Global Advisory Group for Nursing and Midwifery (GAGNM)	10º Relatório da reunião do grupo consultivo global para o desenvolvimento de enfermagem e obstetrícia
2008	Relatório Departamento Recursos Humanos em Saúde – Enfermagem e Obstetrícia	3º Relatório do Fórum Global para Chefes de Enfermagem e Parteiras dos Governos
2008	Relatório Global Advisory Group for Nursing and Midwifery (GAGNM)	11º Relatório Grupo global de aconselhamento em enfermagem e obstetrícia: aumentando a capacidade da enfermagem e de obstetrícia para contribuir para os ODM.
2009	Documento Técnico	Padrões globais para a educação inicial de enfermeiras e parteiras profissionais
2009	Relatório Departamento Recursos Humanos em Saúde – Enfermagem e Obstetrícia	1ª Reunião de pontos focais ligados à implementação do programa global: aumentando a capacidade da enfermagem e de obstetrícia para contribuir para os ODM 2008–2009
2009	Departamento "Financiamento de Sistemas de Saúde" - "Sistemas e Serviços de Saúde"	Artigo de discussão nº 2 – 2009: Enfermagem comunitária: macroeconomia e políticas de finanças públicas: para um melhor entendimento
2009	Publicação do Departamento Recursos Humanos em Saúde – Enfermagem e Obstetrícia	Padrões globais para a educação inicial de profissionais enfermeiras e obstetrícia

Fonte: INSTITUCIONAL REPOSITORY FOR INFORMATION SHARING, WHO, 2021

Quadro 12 – Sumário de Resoluções e Documentos da OMS com estratégias, diretrizes e recomendações para a força de trabalho da enfermagem entre as décadas de 2010 – 2019 (continua)

Ano	Documento	Título
2010	Publicação do Departamento Recursos Humanos em Saúde – Enfermagem e Obstetrícia	Aumentando a capacidade dos serviços de enfermagem e obstetrícia para contribuir para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: sumário de implementação do Programa Global de Trabalho (GPW) de 2008–2009
2010	Publicação do Departamento de Força de Trabalho em Saúde	Orientações estratégicas para fortalecer os serviços de enfermagem e obstetrícia 2011 – 2015
2010	Relatório Departamento Recursos Humanos em Saúde – Enfermagem e Obstetrícia	Pesquisa global de monitoramento do progresso em enfermagem e obstetrícia
2011	Documento Técnico	Relatório do Fórum para Chefes de Enfermagem e Parteiras do Governo
2011	Conselho Executivo EB128.R11	Fortalecimento da enfermagem e obstetrícia

Quadro 12 – Sumário de Resoluções e Documentos da OMS com estratégias, diretrizes e recomendações para a força de trabalho da enfermagem entre as décadas de 2010 – 2019 (conclusão)

Ano	Documento	Título
2011	Resolução Assembleia Mundial de Saúde WHA64.7	Fortalecimento da enfermagem e obstetrícia
2011	Relatório Global Advisory Group for Nursing and Midwifery (GAGNM)	13º Relatório Grupo global de aconselhamento em enfermagem e obstetrícia: capacidade da enfermagem e obstetrícia em contribuir para o fortalecimento do sistema de saúde e realização dos ODM
2013	Relatório Departamento Recursos Humanos em Saúde – Enfermagem e Obstetrícia	Relatório de progresso da enfermagem e obstetrícia 2008-2012
2013	Publicação Departamento Recursos Humanos em Saúde – Enfermagem e Obstetrícia	Prática colaborativa interprofissional na atenção primária à saúde: perspectivas de enfermagem e obstetrícia: seis estudos de caso
2016	Publicação	Relatório de progresso da enfermagem e obstetrícia 2013-2015
2016	Publicação do Departamento de Força de Trabalho em Saúde	Orientações estratégicas globais para fortalecer os serviços de enfermagem e obstetrícia 2016 – 2020
2016	Relatório do Departamento de Força de Trabalho em Saúde	7º Fórum Global de Chefes de Enfermagem e Parteiras dos Governos: o futuro da força de trabalho de enfermagem e obstetrícia no contexto dos ODS e Cobertura Universal de Saúde
2016	Publicação do Departamento de Força de Trabalho em Saúde	Competências essenciais do educador de enfermagem
2017	Publicação	Relatório do sétimo fórum global para enfermeiras-chefes de governo e parteiras: o futuro da força de trabalho de enfermagem e obstetrícia no contexto dos ODS e cobertura universal de saúde
2017	Publicação da Série do Observatório dos Recursos Humanos em Saúde nº 18	Aprimorando o papel da enfermagem de saúde comunitária para a cobertura universal de saúde
2017	Publicação da Série do Observatório dos Recursos Humanos em Saúde nº 22	Otimizando as contribuições da força de trabalho de enfermagem e obstetrícia para atingir a Cobertura Universal em Saúde e os ODS através da educação, pesquisa e prática
2017	Publicação	Enfermagem e obstetrícia na história da OMS 1948-2017

Fonte: INSTITUCIONAL REPOSITORY FOR INFORMATION SHARING, WHO, 2021

Por outro lado, observa-se articulação dos debates sobre a força de trabalho da enfermagem ao contexto de proposições da ONU sobre Desenvolvimento e Mulheres, preparação para realização da Conferência Internacional das Mulheres em Beijing, em 1995, e aumento do envolvimento da categoria nos trabalhos da Comissão Global da OMS sobre Mulheres (WHO, 1994a).

Ademais, o GAGNM, em 1994, indica estabelecimento de parcerias com o BM e a ONU para avaliação inicial da situação dos países, além de financiamento de projetos para a enfermagem, assim como apoio de “doadores de fundos” (WHO, 1994a). Já se manifesta a preocupação com a criação da força de trabalho “sustentável” e indicadores de monitoramento do progresso da estratégia e proposições sobre indicadores de desempenho da força de trabalho da enfermagem e sua contribuição para a saúde (WHO, 1994a).

Especialmente na década de 1990, tal como observado no debate sobre a Atenção Primária, as reformas dos sistemas nacionais de saúde formaram a tônica do discurso racionalizador nas estratégias da OMS. Inclui-se neste bojo a reorientação do ensino da medicina (WHO, 1995b) e o papel que a enfermagem desempenha na oferta de cuidados em cenários de restrições financeiras (WHO, 1994a, 1995a, 1995c).

É importante ressaltar o caráter central dado à ampliação da atuação e do número de profissionais de enfermagem nos serviços de saúde, com foco nas populações mais empobrecidas, por meio do cuidado comunitário e materno-infantil na Atenção Primária (WHO, 1994b, 1995a, 1995c). As propostas de “renovação” da Estratégia de Saúde para Todos nos Anos 2000, considerando as “novas tendências globais” para serviços e sistemas de saúde mais “sustentáveis”, tal como discutido pelo BM (BANCO MUNDIAL, 1993), foram incorporadas na agenda global do “fortalecimento da enfermagem” (WHO, 2000).

Após a publicação da resolução **da Assembleia Mundial de Saúde – WHA 54.12 de 2001 para Fortalecimento da Enfermagem** (WHO, 2001) –, foram elaborados três documentos-síntese das diretrizes estratégicas para o desenvolvimento da força de trabalho da enfermagem pelo Departamento de Recursos Humanos da OMS, com apoio do GAGNM, organizações profissionais e outros parceiros: **Diretrizes estratégicas para fortalecer os serviços de enfermagem e obstetrícia 2002 – 2008 e 2011 – 2015; e Diretrizes estratégicas globais para fortalecer os serviços de enfermagem e obstetrícia 2016 – 2020.**

No documento “**Diretrizes estratégicas para fortalecer os serviços de enfermagem e obstetrícia 2002 – 2008**”, elementos relacionados à questão de gênero, à incorporação de tecnologias da informação aos cuidados e macroeconomia são trazidos para discussão como centrais para o investimento na força de trabalho da enfermagem. A estratégia de expansão sustentável dos serviços é diretamente associada à ampliação do número e escopo de prática dos profissionais de enfermagem. Nesta perspectiva, o investimento na força de trabalho da enfermagem é considerado “recurso crítico” para reformas nos sistemas de saúde. Isto é, a realização de cuidados de saúde mais “custo-efetivos” e acesso para população mais vulnerável, melhorando o desempenho dos sistemas de saúde e atendendo aos ODM, frente à redução no orçamento público e pagamento da dívida dos países (WHO, 2002b).

Cost-containment measures have similarly triggered repercussions that range far beyond direct service provision, as resources for strengthening systems relating to nursing and midwifery regulation, education and research either remain static or suffer a marked decrease. It is essential, therefore, that nursing and midwifery expertise be viewed as a resource critical to shaping and supporting more effective health reforms. (WHO, 2002b, p. 37)

Considerando estes pressupostos, são definidas como “áreas-chave” de intervenção junto aos atores políticos nos Estados Nacionais os seguintes temas: 1) Planejamento em saúde, *advocacy* e compromisso político com a pauta; 2) Gerenciamento da força de trabalho da enfermagem e enfermagem obstétrica; 3) Melhoria da prática e sistemas de saúde; 5) Formação em enfermagem; 5) Governança e *stewardship*¹⁰². Observa-se a preocupação na elaboração de estratégias para redução dos desequilíbrios na distribuição de profissionais de saúde através do aumento da eficácia e eficiência dos serviços de enfermagem, gestão do trabalho que favoreça a retenção, recrutamento e desempenho das profissionais, produção de evidências para construção de modelos de práticas e de otimização da força de trabalho, padrões de qualidade e de avaliação do trabalho. Ressalta-se a expectativa de utilização plena das capacidades e habilidades da enfermagem para “inclusão de gênero”, diminuindo custos e melhorando a qualidade de atendimento através de “modelos econômicos de serviços” com aumento de escala de produção de serviços para populações empobrecidas, conforme proposto pela Comissão de Macroeconomia e Saúde (WHO, 2002b).

The Commission on Macroeconomics and Health states that the scaling up of health interventions to extend coverage of crucial health services to vulnerable populations will require the removal of structural constraints and the building of new capacity. Increasing the numbers and training of health personnel is integral to the scaling up process. The highest priority for scaling up is at the community level, where actual services are delivered. **The Commission notes that at the ‘close-to-client’ level “a great deal of the work can be carried out by people other than doctors: by nurses and paramedical staff of various degrees of training, including midwives.** (WHO, 2001 apud WHO, 2002b, p. 29)

Ademais, o investimento no fortalecimento da enfermagem é apontado como capitalização da “oportunidade”, antecipando e minimizando riscos na saúde diante da migração, globalização de recursos financeiros, comércio internacional de profissionais e avanço tecnológico. Neste sentido:

Developing countries need access to the tools, resources and supports to enable them to capitalize on opportunities while, at the same time, minimizing risks inherent in globalization in order to reverse the existing imbalance between health care haves and have-nots. **Continuing negotiations on the General Agreement on Trade in Services (GATS) may very well increase the effect of globalization on the movement of health care personnel.** Furthermore, if investment in human resources development is not forthcoming, the “brain drain” from developing to industrialized countries will continue to accelerate as nurses and midwives (and

¹⁰² Pode-se perceber a incorporação do vocabulário e das estratégias da governança corporativa no âmbito da gestão e “liderança” da enfermagem. De acordo com Staub, Martins e Rodrigues (2002), o modelo de governança por *stewardship* aponta para a valorização do corpo diretivo como representação principal na promoção dos retornos financeiros e benefícios corporativos. Os autores destacam que a construção de ambiente de “estabilidade” e previsão é requisitada na expansão do capital através das corporações transnacionais e, assim, diminuem-se os riscos nos territórios de expansão, criam-se alianças com governos locais por intermédio de organismos internacionais, protegem-se os direitos e maximizam-se os valores (ativos dos proprietários) para os acionistas.

other skilled health personnel) seek better educational and employment opportunities abroad. (WHO, 2002b, p. 34, grifo nosso)

Por outro lado, dois marcos fundamentais na discussão da força de trabalho na Atenção Primária em âmbito internacional aconteceram na primeira década do novo milênio. As Assembleias Mundiais de Saúde, nos anos de 2006 e de 2008, apresentaram discussões relacionadas aos Recursos Humanos em Saúde e Atenção Primária respectivamente, trazendo elementos mais sistemáticos sobre o déficit de profissionais e formas de enfrentamento, além das respostas que a Atenção Primária pode desenvolver a partir de reformas na sua estratégia, aumentando o desempenho dos sistemas de saúde.

O Relatório Mundial de Saúde (RMS) de 2006 – *Trabalhando juntos pela saúde* – faz extenso diagnóstico relacionado à crise de “recursos humanos” para a saúde. Alertando especialmente para a escassez de profissionais de saúde qualificados na África Subsaariana para atender às demandas da população local, o relatório aponta para o risco de maior perda de trabalhadores de saúde qualificados em outros países periféricos, frente ao cenário de precarização do trabalho nos países de origem e aumento da migração para os países centrais do capitalismo (OMS, 2006).

Neste relatório, a OMS pauta o enfrentamento da “crise da força de trabalho” partindo da preocupação central no que se refere a trabalhadores disponíveis para o mercado de trabalho. Para tal, considera a capacidade de resposta ao avanço tecnológico e medicamentoso no setor saúde, a restrição orçamentária dos “Estados Falidos”, a carga de doenças (principalmente doenças e agravos crônicos) e os riscos de crises em epidemias e desastres naturais (OMS, 2006). Considera que a “indústria da prestação de serviços” pode ser fundamental para superar as dificuldades, especialmente em cenários de restrição orçamentária por meio da austeridade fiscal nos Estados Nacionais dos países empobrecidos. Desta forma, pressupõe que a redução na oferta de empregos públicos e limitação dos investimentos na formação dos trabalhadores da saúde favorece o mercado em expansão, mas também o agravamento da migração internacional da força de trabalho dos países periféricos para os centrais (OMS, 2006):

A demanda por prestadores de serviços irá aumentar notadamente em todos os países – ricos e pobres. Os países mais ricos enfrentam um futuro de baixa fertilidade e grandes populações de pessoas idosas, o que causará uma mudança em direção às doenças crônicas e degenerativas com alta demanda de cuidados. Os avanços tecnológicos e o crescimento da renda requerem uma força de trabalho mais especializada mesmo com o aumento da necessidade de cuidados básicos, devido à diminuição da capacidade ou da vontade das famílias de cuidar de seus membros idosos. Sem um aumento maciço no treinamento de trabalhadores neste e em outros países ricos, essas lacunas crescentes exercerão uma pressão ainda maior no fluxo de trabalhadores de saúde vindos de regiões mais pobres. Nos países mais pobres, grandes coortes de jovens (1 bilhão de adolescentes) se juntarão a uma população

cada vez mais velha, ambos os grupos se urbanizando rapidamente. Muitos desses países estão lidando com agendas incompletas de doenças infecciosas e o rápido surgimento de doenças crônicas complicadas pela magnitude da epidemia de HIV/AIDS. A disponibilidade de vacinas e drogas eficientes para enfrentar essas ameaças à saúde impõe enormes imperativos práticos e morais para uma resposta efetiva a elas. A acentuada divergência entre o que pode ser feito e o que está acontecendo no local está aumentando ainda mais. O sucesso em suprir essa lacuna será determinado grandemente pelo quão bem a força de trabalho será desenvolvida para formar sistemas de saúde eficazes. (OMS, 2006, p. 6)

Na proposta do RMS de 2006, o investimento na força de trabalho deve se voltar aos objetivos do desempenho dos sistemas de saúde, privilegiando-se o alinhamento de programas prioritários e de saúde pública, de modo articulado aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), por mudança nos paradigmas de cuidados (“centrados no paciente”, baseados na comunidade e na gestão das doenças crônicas) e pela preparação rápida para mobilização de profissionais em cenários de crise (sanitária e desastres naturais). Nestes termos, uma “modulação” do mercado de trabalho, com papel ativo dos Estados Nacionais, é a alternativa proposta para ampliar a eficácia dos sistemas de saúde, respondendo à demanda quantitativa e às lacunas dos vazios assistenciais, frente à migração internacional de profissionais de saúde (OMS, 2006).

Ressalta-se o pressuposto dado do déficit no orçamento público para investimento nos sistemas de saúde e a necessidade de “otimização” dos recursos financeiros disponíveis (especialmente para países de baixa e média rendas), a partir das seguintes estratégias: prolongamento da “vida útil de entrada e saída” e “o aumento do desempenho” da força de trabalho (OMS, 2006). Para ampliar a “entrada” de profissionais de saúde no mercado, o foco é o investimento na formação (qualificação com custo reduzido – telemedicina e educação à distância estão entre as propostas) e recrutamento “eficaz e ético” da força de trabalho (disciplinamento e regulação das profissões e da “combinação dos interesses” privados e públicos) (OMS, 2006). Já para diminuir a “saída” da força de trabalho em saúde, indica o fortalecimento da gestão da migração internacional, o investimento em carreiras profissionais (voltadas principalmente para mulheres), a diminuição das doenças ocupacionais e a redução da aposentadoria precoce (OMS, 2006).

Para além da gestão da “vida útil” dos trabalhadores de saúde, cabe destacar a estratégia do “aumento do desempenho” desta força de trabalho. Seu pressuposto fundamental é a capacidade de se fazer mais com o quantitativo de profissionais existentes através da melhoria na “gestão dos trabalhadores” nos setores públicos e privados. Apesar de reconhecer

o deficitário número de trabalhadores de saúde, a estratégia do “aumento do desempenho”¹⁰³ é considerada mais ágil, viável, “equânime” e “justa” diante de recursos humanos e financeiros limitados (OMS, 2006).

Compreendido como uma ferramenta importante para moldar o comportamento dos trabalhadores e das organizações de saúde, o desempenho se dá a partir das **mudanças gerenciais e organizacionais**. Neste sentido, busca atender a eficácia (resultados em saúde com melhor “custo-benefício”) através do conhecimento, da facilidade de implementação, do custo e do tempo investidos para os efeitos esperados. Isto é, simplificando e delegando tarefas adequadamente para aumento da produtividade das intervenções de saúde nos serviços (OMS, 2006).

As alavancas para o aumento do desempenho são relacionadas a: 1) emprego, através da descrição explícita dos postos de trabalho, normas e códigos de condutas profissionais, supervisão do trabalho e delegação de habilidades ou troca de tarefas¹⁰⁴; 2) sistema de apoio pelo fornecimento de insumos, infraestrutura, melhoria na informação e comunicação (disponibilidade de dados para “medição dos resultados” e incorporação de TIC)¹⁰⁵; remuneração adequada (diante das dificuldades da sustentabilidade financeira no setor público¹⁰⁶; como incentivo à produtividade, propõe parcerias público-privadas por meio de doações internacionais para países de baixa renda; pagamento por desempenho, com base em evidências, como opção para países de alta e média rendas); e 3) ambiente de trabalho

¹⁰³ “O desempenho da força de trabalho é caracterizado por quatro dimensões: disponibilidade (distribuições e atendimento dos trabalhadores existentes no espaço e no tempo); competência (combinação de conhecimento técnico, habilidade e comportamento); capacidade de resposta (forma adequada de tratamento); e **produtividade** para “**produzir o máximo em serviços de saúde eficazes e atingir o máximo de resultados possíveis, dado o estoque existente de trabalhadores de saúde; reduzir a perda de tempo ou de habilidades do pessoal.**” (OMS, 2006, p. 68, grifo nosso)

¹⁰⁴ “[...] delegação de habilidades ou a troca de tarefas é um outro meio de aumentar a produtividade geral da força de trabalho que tem recebido muita atenção. A maioria das **experiências reais vem da substituição de clínicos por pessoal de enfermagem** em países de língua inglesa.” (OMS, 2006, p. 75, grifo nosso)

¹⁰⁵ “Qualquer esforço específico para aumentar a produtividade geral da força de trabalho deve se basear em dados confiáveis sobre o nível, a distribuição e o conjunto de habilidades da força de trabalho, junto a informações sobre os fatores considerados restritivos ao melhor desempenho da força de trabalho em saúde e inteligência sobre as opções potenciais de políticas. Em alguns casos, a produtividade de provedores individuais foi aumentada com tecnologias em comunicação que auxiliam os trabalhadores de saúde a prestar serviços. Existe um número crescente de evidências que sugerem que essas tecnologias podem levar a ganhos de produtividade na força de trabalho em saúde promovendo melhorias na forma como os trabalhadores prestam serviços clínicos e de saúde pública.” (OMS, 2006, p. 81)

¹⁰⁶ “Alguns países têm envidado esforços para remover trabalhadores de saúde da estrutura de pagamentos do funcionalismo público para permitir mais liberdade na fixação do pagamento e de condições de serviço.” (OMS, 2006, p. 79)

favorável proporcionando aprendizado contínuo, gestão de equipes e “responsabilidade com responsabilização”¹⁰⁷ (OMS, 2006).

O RMS de 2006 propõe alternativas para a “crise da força de trabalho em saúde”, indicando os elementos que vão ser estruturais no modelo de gestão e organização do processo de trabalho, sem questionar o desastre dos regimes de austeridade fiscal. Proporciona, portanto, as bases técnicas para ampliação da exploração do trabalho, especialmente a partir da intensificação, qual seja, pela pressão de produção de “resultados em saúde” e do desempenho da força de trabalho, com enfoque especial no componente da qualidade dos serviços em cenários de redução do financiamento e do contingente de profissionais nos sistemas de saúde. Por outro lado, indica a possibilidade de aumento da margem de acumulação de capital no setor mediada pela mercantilização na oferta de serviços (JANSEN-FERREIRA, 2018), sobretudo, na Atenção Primária.

O Relatório Mundial de Saúde de 2008 – *Atenção Primária: agora mais que nunca* – aponta mais especificamente quais são os resultados e o desempenho esperado pelos sistemas de saúde através da Atenção Primária. Nesta perspectiva, são postas quatro reformas nos sistemas com base nos “valores” da Atenção Primária: Cobertura Universal; Prestação de Serviços; Políticas Públicas; e Liderança (OMS, 2008). O conjunto das reformas no relatório corrobora com a perspectiva de flexibilização do direito à saúde, indicando alinhamento dos CSP aos Ajustes Estruturais nos Estados Nacionais, especialmente para aqueles com elevado comprometimento orçamentário com a dívida pública, e ao aumento da mercantilização dos cuidados de saúde, diante do aprofundamento da liberalização comercial dos serviços. A mitigação dos prejuízos desta combinação para a saúde está relacionada ao aumento do desempenho dos sistemas e correção das “iniquidades” nos resultados de saúde para a população mais empobrecida através da ampliação da cobertura dos serviços com base nos CSP (OMS, 2008).

Na proposta da reforma na prestação dos serviços da Atenção Primária, destaca-se a ênfase dada à adaptação da resposta para atender ao desempenho em termos de ampliação de intervenções com recursos otimizados, incluindo a organização da força de trabalho. O “cuidado centrado nas pessoas” ganha destaque nas formulações que, ademais de articular atributos da Atenção Primária (abrangência, coordenação, continuidade, vínculo, longitudinalidade), promove a personalização do cuidado sob demanda dos usuários, em elevada capilarização dos serviços e transferência de responsabilidades (autocuidado e

¹⁰⁷ “Mecanismos para responsabilizar os trabalhadores de saúde por suas ações são um outro meio de aumentar a produtividade e o desempenho.” (OMS, 2006, p. 87)

autonomia) para o âmbito domiciliar. Associa-se a estas mudanças a incorporação das TIC e da Medicina Baseada em Evidências como estratégias de disciplinarização científica dos prestadores de serviços, preservando algum grau de liberdade na decisão sobre os cuidados para compatibilizar ao contexto dos usuários. Cabe ressaltar a expectativa depositada nestes instrumentos para eficiência e efetividade do cuidado, com vistas a favorecer a segurança e a qualidade da intervenção. Além de padronizar e controlar o processo de trabalho, as TIC, em especial, são consideradas fundamentais para elevar a produtividade e ampliar o acesso em locais remotos, com baixa densidade de profissionais de saúde, sobretudo pelo **tempo poupado em consulta, menor recorrência a exames laboratoriais e maior uso de cuidados preventivos, reduzindo os custos** (OMS, 2008).

As tecnologias de informação e de comunicação permitem às pessoas, em locais remotos e mal servidos, ter acesso a serviços e a conhecimentos que, de outra maneira, não estariam disponíveis, especialmente em países com distribuição desigual ou déficits crônicos de médicos, enfermeiras e técnicos de saúde ou onde o acesso aos serviços e ao conselho técnico exige longas viagens, a monitorização e a consulta à distância. (OMS, 2008, p. 54, tradução livre)

Ainda que o uso racional das ferramentas biomédicas (exames, tratamentos, equipamentos) com base científica seja importante para diminuir intervenções desnecessárias e iatrogenias, sua aplicação, aliada às medidas de controle e padronização das intervenções pelas TIC no cenário de déficit de profissionais e insegurança no trabalho, aponta para o caminho contrário da qualidade. Nesta perspectiva, a redução do tempo de consulta, a medição de “resultados de saúde” e aceleração da produtividade dos profissionais, a menor custo, atendem a propósitos do mercado, e não propriamente do serviço público, com base no direito universal de saúde.

Não obstante, a parceria com a iniciativa privada é encarada como “oportunidade” que alia “crescimento econômico do setor saúde” com “disponibilidade financeira” para a expansão dos CSP. Seja pela globalização tecnológica e mitigação do déficit de profissionais para acesso a saúde, por meio de incentivo da qualidade e eficácia no desempenho dos prestadores de serviços; seja contando com a regulação estatal e “governança” global entre diversos atores (e interesses) envolvidos na saúde, cabe ao governo nos Estados realizar a mediação com o mercado e gerir fundos financeiros de forma sustentável, priorizando a “equidade”¹⁰⁸ na alocação dos recursos (OMS, 2008).

¹⁰⁸ A despeito da noção de equidade vinculada aos preceitos filosóficos de Aristóteles e da teoria marxista, os quais recorrem à compreensão de justiça redistributiva qual seja pela “correção” do que a igualdade pode não ser suficiente, seu uso pelos organismos internacionais se relaciona, sobretudo, a uma razão economicista. Nesta acepção, pauta-se a priorização de setores populacionais (focalização) mais empobrecidos, em um cenário de restrição de recursos para as políticas públicas. Tais pautas foram incorporadas nos organismos internacionais,

Melhor informação e desenvolvimentos tecnológicos estão a criar oportunidades – e um mercado – para transferir muitos dos cuidados hospitalares mais tradicionais para serviços locais providos com equipas de cuidados primários ou mesmo para os entregar aos próprios doentes. O que por sua vez alimenta uma nova percepção de como devem operar os serviços de saúde. O que dá mais força aos cuidados primários, incluindo os auto-cuidados e os cuidados domiciliários. (OMS, 2008, p. 110)

É neste contexto que a força de trabalho da Atenção Primária encontra-se imersa na reforma dos CSP: tensionada para melhora do desempenho (*performance*) em cenário de escassez de insumos e materiais, redução de profissionais e aumento da demanda de cuidados em sistemas subfinanciados. Para lidar com o déficite de profissionais na Atenção Primária neste cenário, é apontado pelo RMS 2008:

Os esforços para a expansão dos serviços, em conformidade com as metas do acesso universal, ajudaram a expor o estrangulamento crítico associado à crise da força de trabalho. O desafio da prestação do tratamento ao longo da vida em *settings* com recursos escassos inspirou inovações, tais como, uma distribuição mais efectiva de recursos humanos escassos, com recurso à “transferência de tarefas”, o expediente à figura de “procurador do doente” e a implementação imprevista de registos de saúde electrónicos. (OMS, 2008, p. 72)

No contexto de reforço da “Cobertura Universal de Saúde” (UHC) (OMS, 2010), de resoluções da OMS sobre o comércio internacional e saúde¹⁰⁹ e da “crise da força de trabalho”, é publicado novo documento de **Diretrizes estratégicas para fortalecer os serviços de enfermagem e obstetrícia 2011 – 2015** (WHO, 2010). Este documento atualiza o anterior, incorpora mais aspectos das Reformas dos CSP de 2008 e UHC 2010 e aprofunda o vínculo da estratégia com a política global da OMS. Alcançado o avanço na agenda política de fortalecimento da profissão, as novas diretrizes vinculam o engajamento da “liderança” da enfermagem ao desempenho dos sistemas de saúde com base na Atenção Primária.

A preparação da força de trabalho passa pela qualificação (formação e educação continuada) para adaptação aos cenários e necessidades locais, mas aponta para sua padronização; assim como pela regulação da profissão, com base em evidências, na ampliação

sobretudo articuladas às demandas dos Ajustes Estruturais e reformas nos sistemas de saúde apregoados pelo BM e FMI, em um movimento de ruptura com o caráter universal do direito à saúde (PAIM, 2006; VIEIRA-DASILVA; ALMEIDA FILHO, 2009).

¹⁰⁹ O relatório *International trade and health* (EB116/4) chama atenção para riscos relacionados ao comércio na saúde pública (incluindo a migração de profissionais de saúde), pontuando a participação da OMS no apoio técnico e científico na realização do comércio internacional junto a outros organismos internacionais e Estados Nacionais: “WHO’s Secretariat responds to this demand through three main functions: performing analysis and research better to inform policy decisions, negotiations, dispute settlement and agenda setting; creating tools and training materials to build capacity in Member States; and meeting country requests for support in specific trade and health issues, either through country missions or regional or interregional workshops. These functions are carried out across a number of departments and with staff in all regional offices and coordinated by a technical working group on globalization, trade and health. The work is guided by various resource groups of outside experts, which helps to ensure that there is an overall strategic approach to trade and health and supports achievement of the highest attainable standard of health for all persons.” (WHO, 2005, p. 3)

da atuação clínica e “combinação de habilidades”. Tal preparação também foca na melhoria da qualidade para oferta de serviços abrangentes e “centrados nas pessoas”. Ademais, é reforçada a mobilidade e a construção de parcerias nacionais e internacionais, considerando a maximização da contribuição da enfermagem para planejamento de serviços e sistemas de saúde “sustentáveis”. A incorporação da TIC é apontada, neste momento, principalmente como forma de promover desenvolvimento de redes profissionais para formação e educação continuada, contando com colaborações interprofissionais para melhoria da “qualidade dos serviços” (WHO, 2010).

A agenda é reforçada na resolução da Assembleia Mundial de Saúde WHA 64.7 em 2011, somada ao “apelo” de outros organismos internacionais – tais como Banco Mundial, UNICEF, Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) – para ampliar o provimento de profissionais qualificados para atender a necessidades e sistemas de saúde “sustentáveis”, objetivos do Programa Global da OMS e dos ODM. Neste seguimento, pressupõe-se a expansão dos serviços de Atenção Primária, o atendimento à escassez de profissionais, especialmente em áreas remotas, à necessidade de formação em novos parâmetros. Neste sentido, a formação permite aumentar a “combinação de habilidades” e otimização das profissionais para responder às necessidades dos sistemas de saúde, de acordo com os contextos dos países, mas também baseada no Código Global de Práticas de Recrutamento Internacional da OMS¹¹⁰ (WHO, 2015).

É importante observar a discussão sobre o investimento na força de trabalho da enfermagem recebida a partir de 2016. Considerando a transição dos ODM para os ODS, as proposições no cenário internacional para fortalecimento da categoria reforçam o caráter “sustentável” (custo-benefício) e o objetivo macropolítico de gestão da pobreza, ao passo que aprofundam as estratégias de controle, padronização e competição no trabalho a partir do uso das TIC.

Por um lado, o empobrecimento, causado pelo desemprego crônico, não apenas não foi erradicado, como propunha os ODM, como aprofundou dramaticamente a partir da crise conjuntural de 2008, atingindo países centrais e periféricos (ANTUNES, 2010b). Por outro, a própria condição de financeirização neoliberal foi ampliada pelas intervenções estatais de “salvamento” de dívidas e bancos, reforçando a dominância do capital financeiro e

¹¹⁰ O referido documento foi aprovado nesta mesma 63ª Assembleia Mundial de Saúde, partindo da proposta de regulação da migração internacional de trabalhadores de saúde por meio de práticas éticas de convocação dos profissionais entre países.

respectivamente sua estratégia agressiva de desregulamentação do mercado de trabalho, ampliado no setor serviços da economia, que é ocupado sobretudo por mulheres (Quadro 13).

Quadro 13 – Situação mercado de trabalho mundial pós crise de 2008

Taxas (%)	2010	2014	2016	2018	2020
Força de Trabalho	62,5	61,6	61,2	60,9	58,7
Fora da Força de Trabalho	37,5	38,5	38,8	39,1	41,3
Força de Trabalho Potencial	3,2	3,2	3,3	3,3	4,5
Desemprego	5,9	5,6	5,7	5,4	6,5
Subemprego relacionado ao tempo	10,8	10,4	10,4	10,1	-
Emprego	58,8	58,1	57,7	57,7	54,9
Emprego setor serviços	44	47	49	50	51
Emprego setor serviços mulheres	51	55	57	58	60

Fonte: ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2021

Neste contexto, cabe ponderar que a relativa diminuição do desemprego (conjuntural) se desenvolveu principalmente a partir do aumento do emprego vulnerável no setor serviços para as mulheres. A nova Agenda 2030 dos ODS indica estratégias relacionadas ao “empoderamento econômico” das mulheres e emprego para jovens como elementos políticos centrais para a promoção de “crescimento econômico sustentável” e a promoção da “igualdade de gênero” (UNITED NATIONS, 2016)

O documento de **Diretrizes estratégicas globais para fortalecer os serviços de enfermagem e obstetrícia 2016 – 2020** parte deste novo contexto dos ODS para proposição de investimentos na força de trabalho de enfermagem, tendo como base as definições da Estratégia Global de Recursos Humanos em Saúde 2030. O trabalho da enfermagem é considerado eficaz (bom custo-benefício), fortalecendo os sistemas de saúde, a coordenação e planejamento da atuação interprofissional para “cuidados centrados nas pessoas” mais próximos às comunidades (WHO, 2016b). É destacada a capacidade técnica da categoria nas respostas às crises humanitárias e sanitárias e pós-crise, proporcionando a construção “resiliência das comunidades para responder as diversas condições de saúde” (WHO, 2016b).

Mudanças sensíveis podem ser observadas no desenvolvimento das “áreas-chave” nas diretrizes e estratégias para a enfermagem até então. Em relação à prática profissional, ressalta-se a construção de cuidados continuados em todos os ciclos de vida, liderados por enfermeiras, legislação e planos de padronização da regulação das atividades, desenvolvimento de habilidades por formação em serviço e educação continuada e progresso em “práticas avançadas” (WHO, 2016b).

Desenvolvimento interprofissional é articulado à demanda de integração e disponibilidade de força de trabalho de saúde, além de ser referenciado à inovação tecnológica, “otimização” e liderança da enfermagem, garantindo tanto aspectos técnicos como comportamentais/subjetivos dos seus profissionais: “competentes e motivados”. Maximização das “capacidades potenciais” e “parcerias colaborativas” é a tônica da interprofissionalidade no documento. **“Accessible, available, acceptable, quality and cost-effective nursing and midwifery care for all, based on population needs, in support of universal health coverage and the Sustainable Development Goals.”** (WHO, 2016b, p. 13, grifo nosso).

Além do documento de diretrizes e estratégias para a enfermagem, o relatório do 7º Fórum Global de Chefes de Enfermagem e Obstétrica nos governos, promovido pelo Departamento de Recursos Humanos da OMS em 2016, intitulado *O futuro da enfermagem*, buscou apontar intervenções para viabilização do fortalecimento da categoria (WHO, 2017b). O Fórum é um espaço construído para discussões e atualizações de temas relacionados às Assembleias Mundiais de Saúde, tendências e agendas globais para a enfermagem. Para discussão sobre as mudanças e futuro para a enfermagem, estiveram em debate os investimentos, lacunas e delineamento de intervenções necessárias para avanços das três principais agendas da OMS relacionadas aos ODS e às implicações para a categoria: Estratégia Global de Recursos Humanos em Saúde: Força de Trabalho 2030, UHC e Diretrizes estratégicas globais para fortalecer os serviços de enfermagem e obstetrícia 2016 – 2020 (OMS, 2010; WHO, 2016b, 2016c). Além disso, documentos sobre o destaque da otimização da força de trabalho da enfermagem no trabalho na Atenção Primária foram desenvolvidos como estratégia para UHC (WHO, 2017c, 2017d).

No relatório do Fórum, a maximização das capacidades técnicas interprofissionais, motivacionais, de liderança e governança, assim como a mobilização da vontade política em investir na força de trabalho da enfermagem, são apontadas como questões centrais para o fortalecimento da categoria. Esta perspectiva está em diálogo com a estratégia para força de trabalho em saúde da OMS (WHO, 2016c, 2017b).

Para o diretor do Departamento de Recursos Humanos da OMS, a liderança da enfermagem na construção do mercado de trabalho é fundamental para a implementação da Estratégia Global para Recursos Humanos em Saúde 2030 (WHO, 2016c). Neste sentido, considera urgente a criação de uma agenda intersetorial para resolver a “crise da força de trabalho” nos países. Isto é, atendendo ao ODS de 4,45 parteiras, enfermeiras e médicos por 1000 habitantes (refere-se ao conjunto de profissionais), mas, sobretudo, à “meta de gênero” nos ODS que envolvem a geração de empregos e capacitação da força de trabalho da

enfermagem para preencher as “lacunas” na prestação de serviços nos sistemas de saúde, especialmente através dos cuidados centrados nas pessoas a partir da Atenção Primária (WHO, 2016c). Assim, o relatório do Fórum das Chefes de Enfermagem ressalta a integração dos serviços de enfermagem na estratégia global de recursos humanos da OMS por meio das seguintes áreas-chave:

- evolving competency models;
- increase in case management and care coordination;
- the role of multidisciplinary teams;
- nursing leadership for patient safety and quality services;
- nursing in emergencies and migrant services;
- mHealth, information and communication technology and nursing in the digital age;
- (re)focusing on primary and palliative care. (WHO, 2017b, p. 12-13)

As referidas “lacunas” na prestação de serviços são associadas à “otimização” e “maximização” das habilidades das profissionais de enfermagem em torno de: 1) Garantia de uma força de trabalho “competente e motivada”, em resposta aos ODS e UHC; 2) Otimização no desenvolvimento de políticas, lideranças, gestão e governança eficazes para apoiar a agenda ODS e UHC; 3) Maximização das capacidades e potenciais das enfermeiras e enfermeiras obstétricas¹¹¹ por meio da colaboração **intra e interprofissional**; 4) Mobilização da “vontade política” para investimento no desenvolvimento da força de trabalho da enfermagem (WHO, 2017b).

Além de debates sobre áreas específicas, tais como saúde materno-infantil, HIV/aids, hepatites e outras infecções sexualmente transmissíveis, o relatório traz um balanço das experiências relacionadas ao desenvolvimento da enfermagem em diversos países. Ademais, indica-se a prioridade de ação deste grupo que, de maneira geral, envolve análise, planejamento das ações e mediação política junto aos países para desenvolvimento da profissão e das diretrizes e estratégias de fortalecimento da enfermagem em âmbito global (WHO, 2017b).

¹¹¹ É interessante observar que, neste relatório, está incluído um sumário de iniciativas e *accountability* dos representantes da enfermagem nas secretarias regionais da OMS. As iniciativas descritas incluem programas específicos e iniciativas das regiões da América Latina, Mediterrâneo Oriental, África, Europa, entre outros países. **Na América Latina, é descrito como uma das principais iniciativas a aprovação da resolução de 2013 da OPAS: CD52.R13 – *Human Resources for Health: Increasing Access to Qualified Health Workers in Primary Health Care-based Health Systems*. Esta resolução diz respeito ao desenvolvimento das Práticas Avançadas da Enfermagem na Atenção Primária com vistas a garantir a UHC na região.** Encontram-se também as estratégias desenvolvidas nos anos de 2015 e 2016 nas parcerias entre os Centros Colaboradores da OMS no Brasil e Universidades de Miami e Universidade de Michigan; assim como as definições relacionadas à ampliação da qualificação em nível de mestrado e de doutorado para enfermeiras na América Latina. Na Europa, são apontados o desenvolvimento de documentos de orientações estratégicas europeias para reforço da enfermagem e obstétrica para objetivos de saúde 2020 e o compêndio europeu de boas práticas em enfermagem e enfermagem obstétrica para objetivos de saúde 2020, além de desenvolvimento de cooperação técnica para países na Europa e campanhas de valorização da enfermagem. Entre outras iniciativas globais, encontra-se a indicação de estratégias relacionadas ao desenvolvimento do “capital humano” da categoria para educação e aprendizagem continuada, monitoramento dos investimentos realizados, identificação das prioridades de pesquisas e criação de evidências, entre outras, com foco na UHC (WHO, 2017b).

Em “O futuro da enfermagem”, é indicado que as enfermeiras tenham pensamento amplo e se envolvam mais, considerando a ampliação do escopo dos objetivos do trabalho, oportunizando o desenvolvimento global da profissão no contexto dos ODS e UHC. Neste sentido, considera-se o papel da regulação central para realização desta “influência” junto às profissionais até 2030. Tanto a “liderança”, como o envolvimento, influência política e parcerias nas colaborações devem estar no “centro” para que: **“As the scope of practice for nursing and midwifery expands with health and social care and team-based practice, performance-managed regulatory bodies are needed.”** (WHO, 2017b, p. 35, grifo nosso)

As diretrizes e estratégias para a enfermagem em 2016 desenvolvem-se junto a um conjunto expressivo de documentos, orientações e mudanças relacionado às reformas dos sistemas, Atenção Primária e força de trabalho em saúde a partir daquele mesmo ano. Atividades e planos da OMS articuladas a outros organismos internacionais são desenvolvidos para responder à demanda vinculada aos ODS da ONU. Neste bojo, é possível identificar tais movimentos do organismo da saúde junto à OCDE, OIT e Banco Mundial. Trazer à cena os debates e movimentos realizados pelos organismos internacionais nos ajuda a compreender os projetos do capital relacionados à saúde, especialmente porque as estratégias de reformas e reorganização dos sistemas e serviços de saúde formuladas nestes fóruns imprime o caráter transnacional dos interesses no setor e suas repercussões para o trabalho na Atenção Primária¹¹², conforme sintetizado nos Quadros 14, 15, 16, 17 e 18.

¹¹² Foi realizado levantamento e apresentação de um panorama dos documentos-marco mais recentes da OMS para a organização do trabalho na Atenção Primária, conforme informado pelo próprio organismo em seu veículo de comunicação digital. Optou-se por levantar as orientações e diretrizes para a força de trabalho e para a Atenção Primária na plataforma: WHO Library and Digital Information Networks (<https://www.who.int/publications/>) (Health topics) Health Workforce (HW) e Primary Health Care (PHC).

Quadro 14 – Panorama principais documentos, diretrizes e orientações para a organização da força de trabalho em saúde a partir de 2015 (tradução livre) – parte 1

Documento	Objetivos	Perspectivas	Propostas
OMS <i>WHO global strategy on people-centred and integrated health services</i> 2015	Recomendar mudança de paradigma na forma como os serviços de saúde são financiados, administrados e prestados.	Considerando a estratégia global da OMS para UHC, discute-se novo paradigma para serviços de saúde “centrados nas pessoas” , integrados e baseados na Atenção Primária. Parte-se da perspectiva de necessidade de mudanças na forma como os serviços são prestados, na organização, sistemas de atendimento e formulação de políticas, transformando sistemas de saúde	Recomendações de mudanças nos paradigmas do sistema e serviços de saúde a partir de cinco diretrizes estratégicas: 1) Capacitar e envolver as pessoas da comunidade; 2) Fortalecimento da governança e responsabilidade; 3) Reorientar o modelo de atenção; 4) Coordenação dos serviços; 5) Criação de ambiente favorável. Propõe mudanças em direção à produção de serviços eficientes e eficazes, priorizando coprodução da saúde, cuidados primários e comunitários ; eficácia e integração no sistema de referência; investimento em cuidados holísticos, promoção e prevenção da saúde e bem-estar; intersetorialidade, ação em nível comunitário para fazer melhor uso de recursos escassos e gerir riscos junto a outros setores ; “reequilibrar os serviços de cuidados primários e comunitários”, aliando qualidade e melhoria de resultados clínicos e de saúde ao nível populacional, assim como a contenção dos custos com os cuidados de saúde.
OMS <i>Global strategy on human resources for health: Workforce 2030</i> 2016	Apresentar opções de políticas para os Estados Membros, responsabilidades do Secretariado da OMS e recomendações para outros <i>stakeholders</i> .	Atualiza orientações para organização da força de trabalho em saúde com a perspectiva de acelerar progresso em direção à UHC e ODS, garantindo acesso “equitativo” a profissionais nos sistemas de saúde . Parte da perspectiva de integração e preparação do mercado de trabalho para demanda de trabalhadores, proporcionando “crescimento econômico” em parceria com setor privado, com vistas à implantação de estratégias de retenção, integração de “gênero”, disponibilidade, acessibilidade, “aceitabilidade” dos trabalhadores.	Recomendações com quatro objetivos centrais: 1) Otimizar o desempenho, a qualidade e o impacto da força de trabalho , contribuindo para vidas saudáveis e bem-estar, cobertura universal eficaz, resiliência e fortalecimento dos sistemas de saúde; 2) Alinhar o investimento em recursos humanos com as necessidades atuais e futuras da população e sistemas de saúde, considerando a dinâmica do mercado de trabalho e políticas de educação para enfrentar a escassez e melhorar a distribuição dos profissionais, permitindo melhorias máximas nos resultados de saúde, bem-estar social, criação de empregos e “crescimento da economia”; 3) Capacitar as instituições subnacionais, níveis nacional, regional e global para gestão de políticas públicas, liderança e governança das ações de recursos humanos para saúde; 4) Reforçar os dados sobre recursos humanos para a saúde para monitoramento e prestação de contas do nível nacional, regionais e global.
OMS/OIT/OCDE <i>Working for health and growth: investing in the health workforce</i> 2016	Orientar e estimular a criação de novos empregos para o setor social e da saúde, principalmente em países de baixa e média rendas.	A Comissão de Alto Nível sobre Emprego em Saúde e Economia (OIT, OCDE e OMS) foi criada em 2016 pelo Secretário Geral das Nações Unidas para gestão de crises, saúde global e política externa para acelerar alcance dos ODS Agenda 2030. Parte da perspectiva de criação de empregos “sustentáveis”, “crescimento econômico” e inclusão de mulheres no mercado de trabalho através de reformas nos serviços e investimento na força de trabalho em saúde local e globalmente . Entende-se que há ganhos na reprodução social e na produção, observando a movimentação substancial do PIB mundial com gastos em saúde.	Recomendações para transformação da força de trabalho em saúde em atendimento aos ODS: 1) Criação de empregos (“habilidades certas”, “forma certa” em “número e local certo”, fomentar demanda por força de trabalho “sustentável”); 2) Mulheres e Gênero (maximizar participação feminina no mercado de trabalho); 3) Educação, Treinamento e Habilidades (ampliar a escala de formação e educação continuada para desenvolvimento de habilidades com uso de “todo seu potencial” através de competências relevantes localmente) 4) Organização e prestação de serviços (reformas com governos adotando melhor combinação entre público e privado para provisão de serviços com bom desempenho e qualidade) ; 5) Tecnologia (aproveitar custo-benefício do uso das TIC para sistemas de informação, educação e serviços para melhorar acesso, capacidade de resposta e prestação de “ampla gama” de serviços); 6) Crises Humanitárias (mobilidade internacional força de trabalho, capacitar detecção de riscos e emergências); 7) Financiamento e “Espaço Fiscal” (reformas macroeconômicas para financiamento “sustentável”, atrair investimentos privados e utilização de fontes pública e privada) ; 8) Parceria e Cooperação (colaboração intersetorial, organizações públicas privadas para desenvolvimento mercado de trabalho); 9) Migração Internacional (mitigar efeitos adversos da migração da força de trabalho para países de origem, maximizar combinação de habilidades dos profissionais); 10) Dados, Informação e Prestação de Contas (produção de evidências por métricas harmonizadas para monitoramento da força de trabalho e tendências mercado de trabalho).

Quadro 15 – Panorama principais documentos diretrizes e orientações para a organização da força de trabalho em saúde a partir de 2015 (tradução livre) – parte 2

Documento	Objetivos	Perspectivas	Propostas
OMS <i>National health workforce accounts: better data and evidence on health workforce</i> 2017	Padronizar e aumentar disponibilidade, qualidade e o uso de dados para interoperabilidade das informações da força de trabalho em saúde.	O NHTWA é um sistema pelo qual os países podem realizar monitoramento da situação força de trabalho através de um conjunto de indicadores para apoiar o cumprimento da UHC, ODS e outros objetivos de saúde.	Propõe indicadores padronizados do NHTWA para: gerar informações e evidências confiáveis sobre recursos humanos de saúde (RHS); possibilitar o planejamento, implementação e monitoramento de políticas de força de trabalho em relação à UHC; e melhorar a comparabilidade dos dados da força de trabalho em saúde nacional e globalmente. Recomendação de adesão progressiva dos países à construção de sistema de informação sobre a força de trabalho a partir de três eixos e 10 módulos de indicadores: Eixo 1) Força de Trabalho: 1.1) Estoque da Força de Trabalho; 1.2) Dinâmica Mercado de Trabalho; 1.3) Características do emprego e condições de trabalho; 1.4) Remuneração e Gasto da força de trabalho em saúde. Eixo 2) Formação: 2.1) Educação e Treinamento; 2.2) Regulação e Acreditação da Educação e Treinamento; 2.3) Financiamento Educação; Eixo 3) Serviços e Necessidades População: 3.1) Composição da Habilidade para modelos de cuidados; 3.2) Governança e Políticas para força de trabalho em saúde; 3.3) Sistema de Informação sobre força de trabalho em saúde.
OMS/ OIT/ OCDE <i>Five-year action plan for health employment and inclusive economic growth (2017–2021)</i> 2018	Investir na expansão e transformação da saúde global e mercado da força de trabalho.	Acelerar o progresso em direção à UHC para alcançar metas do ODS, garantindo acesso “equitativo” aos profissionais dentro dos sistemas de saúde. Articulação dos ODS 3, 4, 5, e 8. Os trabalhos da Comissão articulam-se às propostas de reformas dos sistemas e prestação de serviços , especialmente para mudanças nas habilidades da força de trabalho, no mercado de trabalho e no financiamento “sustentável” dos sistemas de saúde (fundo público com tributação progressiva e fundos privados).	Abordagem intersetorial orientada para ação política sob responsabilidade de cada organismo e catalisação de investimentos sustentáveis (destaque liderança OCDE no desenvolvimento de ferramentas de “combinação de habilidades”, análise da produtividade, <i>performance</i> , remuneração). O Plano de Ação é baseado nas 10 recomendações do Relatório da Comissão de Alto Nível sobre Emprego e Saúde. Ações imediatas para 2018: 1) Assegurar compromissos, promover engajamento intersetorial e desenvolver plano de ação; 2) “Galvanizar” prestação de contas, compromisso e defesa do plano; 3) Avançar nos dados, análise e rastreamento do mercado de trabalho em todos os países; 4) Acelerar investimentos em “educação transformadora”, habilidades e criação de empregos; 5) Estabelecer plataforma internacional para mobilidade de trabalhadores de saúde. Articulação específica e inter-relação deste Plano de Ação com as Diretrizes Estratégicas para Fortalecimento da Enfermagem e Obstetrícia 2016-2020. (Para cada Fluxo de Trabalho da Comissão associam-se diretrizes de fortalecimento da enfermagem, diretrizes da Estratégia Global de Recursos Humanos 2030 e recomendações de ações imediatas deste Plano de Ação)
OMS/ OCDE/BM <i>Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage</i> 2018	Fornecer quadro de abordagens para implementação e análise métrica da qualidade nos serviços de saúde.	Apresentação dos fundamentos da melhoria da qualidade dos cuidados de saúde para atender às metas dos ODS, com foco na UHC e melhoria sistemática do desempenho na saúde através de reformas nos sistemas de saúde. Enfrentamento às ineficiências por cuidados desnecessários e desperdícios, diminuindo custos do atendimento e erros na prestação de serviços “centrados nas pessoas”, através da “medição da qualidade” para obter bons resultados de saúde com “alto valor para o dinheiro”. Qualidade total com base na melhoria do atendimento clínico, redução de danos, infraestrutura sistema e “empoderamento” comunitário.	Estratégias nacionais de política de qualidade propõem, para usuários: autonomia e participação, modelos de atenção conforme necessidades locais, informação sobre direitos e padrões de qualidade, suporte para gerenciamento das suas próprias condições de saúde; para profissionais: participar da medição e melhoria da qualidade, trabalho em equipe, parceria com usuários, fornecimento e uso de dados do atendimento; e para os sistemas de saúde: intervenções baseadas em evidências, <i>benchmarking</i> , minimizar impactos das doenças crônicas na qualidade de vida dos usuários, culturas e práticas de redução de danos aos pacientes, resiliência, fornecimento de aprendizagem, assistência técnica e gestão do conhecimento. Sete categorias de intervenções (e ferramentas de gerenciamento) no sistema de saúde, fornecedores e gerentes, formuladores de políticas: 1) Mudança da prática clínica na “linha de frente”; 2) Estabelecimento de padrões; 3) Envolvimento e capacitação de usuários, familiares e comunidades; 4) Informação e educação para profissionais de saúde, gestores, formuladores de políticas; 5) Programas e métodos de melhoria contínua da qualidade; 6) Estabelecimento de incentivos baseados no desempenho (financeiro e não financeiro); 7) Legislação e regulamentação.

Fonte: WHO, 2021

Quadro 16 – Panorama principais documentos, diretrizes e orientações para o trabalho na Atenção Primária em Saúde a partir de Astana (tradução livre) – parte 1

Título	Objetivos	Perspectivas	Propostas
<p>OMS</p> <p><i>Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018</i></p> <p>2018</p>	<p>Reafirmar Atenção Primária como estratégia para atender ODS e UHC.</p>	<p>A Conferência Astana reuniu autoridades sanitárias e <i>stakeholders</i> para endossar uma nova declaração sobre Atenção Primária em Saúde, estabelecendo um conjunto de compromissos relacionados à Atenção Primária adaptados para os “desafios do século XXI”. Tem como perspectiva a atenção aos ODS e UHC, partindo da compreensão de “garantia” de cuidados primários sustentáveis para que todos possam desfrutar do “mais alto padrão de saúde possível” (de acordo com as possibilidades de financiamento de cada sistema de saúde).</p>	<p>Compromissos declarados:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Direito fundamental de todos ao gozo mais alto possível de saúde; 2) Fortalecimento da APS como forma inclusiva, eficaz e eficiente para melhoria da saúde e “pedra angular” sistema de saúde “sustentável” para UHC e ODS; 3) Reconhecimento de inequidades em saúde, pessoas vulneráveis, pobreza, escassez desigual profissionais e reduzir ineficiência gastos em saúde; 4) Fazer escolhas políticas “ousadas” para “saúde em todos os setores”; 5) Construir Cuidados Primários de Saúde “sustentáveis” (priorizando funções essenciais de saúde pública e cuidados centrados nas pessoas). Recomendações para impulsionar “sucesso” dos Cuidados Primários de Saúde: conhecimento e capacitação; Recursos Humanos para Saúde; Tecnologia; e Financiamento; 6) Empoderamento individual e comunitário; 7) Alinhamento do apoio de stakeholders às políticas, estratégias e planos nacionais.
<p>OMS</p> <p><i>A vision for primary health care in the 21st century</i></p> <p>2018</p>	<p>Modernizar a concepção da Atenção Primária, alinhada com os ODS e UHC.</p>	<p>A partir da perspectiva firmada na Declaração de Astana, indica reinterpretação e redefinição da Atenção Primária, considerando a relevância e foco dado ao seu papel para UHC e ODS. Por uma perspectiva racionadora de custos e foco em populações vulneráveis, aponta três razões colocadas para reafirmar a Atenção Primária como central:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Possui “recursos” que permitem os sistemas de saúde adaptar e responder à complexidade e “mudanças rápidas” no mundo; 2) É um método eficaz e eficiente de abordar causa e fatores de risco dos problemas de saúde e lidar com desafios “emergentes” do futuro; 3) Viabiliza o alcance da UHC e ODS de forma “sustentável”, avançando o sistema e pacotes de serviços de acordo com os recursos técnicos e financeiros de cada país. 	<p>Concepção da Atenção Primária:</p> <p>“[...] é uma abordagem de saúde para toda a sociedade que visa garantir o mais alto nível possível de saúde e bem-estar e sua distribuição equitativa, concentrando-se nas necessidades e preferências das pessoas (como indivíduos, famílias e comunidades) o mais cedo possível ao longo do continuum da promoção da saúde e prevenção de doenças para tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, e o mais próximo possível do ambiente cotidiano das pessoas.” (p.xii).</p> <p>Os componentes da nova visão da Atenção Primária para a UHC são:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Cuidados Primários e funções essenciais de Saúde Pública integrados nos serviços de Atenção Primária (prevenção, promoção, reabilitação, cura e palição na abordagem familiar e individual e saúde pública de abordagem populacional); 2) Política e ação intersectorial (ação nos determinantes sociais e fatores de risco ambientais e comportamentais por abordagem intersectorial com base em evidência); 3) Empoderamento individual e comunitário (capacitação indivíduos, famílias e comunidades para “otimização”, “defesa” e “autocuidado” para sua saúde). <p>Propõe 13 “alavancas” para operacionalizar a modernização da Atenção Primária em seus três componentes sob dois eixos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Governança, política e financeira (liderança e compromisso; estrutura política; e financiamento adequado com alocação equitativa de recursos); 2) Operacionais (engajamento comunidade e <i>stakeholders</i>; modelos de atenção com integração saúde pública e cuidado primário de alta qualidade e seguros; engajamento do setor privado; força de trabalho; infraestrutura, tecnologias e insumos apropriados; tecnologias digitais; sistemas de aquisição e pagamento; pesquisas orientadas aos cuidados primários; e monitoramento e avaliação).

Quadro 17 – Panorama principais documentos, diretrizes e orientações para o trabalho na Atenção Primária em Saúde a partir de Astana (tradução livre) – parte 2

Título	Objetivos	Perspectivas	Propostas
<p><i>Quality in primary health care</i></p> <p>2018</p> <p>OMS</p>	<p>Fornecer aos governos e formuladores de políticas uma visão geral das principais questões de qualidade, defendendo a melhoria contínua da qualidade como uma função central da Atenção Primária.</p>	<p>A qualidade para atender aos três componentes da Atenção Primária sob as seguintes perspectivas complementares:</p> <p>1) “Atendimento de qualidade”: serviço seguro, eficaz, centrado nas pessoas, equitativo, eficiente, oportuno e integrado;</p> <p>2) “Alta Performance na Atenção Primária”: características como primeiro contato das pessoas; compreensivo; coordenador do cuidado; centrado nas pessoas; contínuo; acessível.</p>	<p>Criação de “cultura de qualidade”: transparência e abertura de resultados e desempenhos para avaliação dos profissionais; ampliação das habilidades para trabalho em equipe; medição para avaliar os cuidados e feedbacks sobre trabalho da equipe. Propõe as seguintes intervenções para melhorar a qualidade na Atenção Primária:</p> <p>1) Mecanismos nacionais ou subnacionais com esquemas de avaliação externa ou acreditação: relatório público ou <i>benchmarking</i> estabelecido por critérios acordados para garantir instalações com padrões mínimos de segurança; protocolos de segurança padronizados e listas de verificação; notificação, coleta sistemática e compartilhamento de aprendizado com eventos adversos;</p> <p>2) Melhorar o atendimento clínico prestado: ferramentas de apoio à decisão clínica fornecendo medidas específicas de informações do paciente para os prestadores de cuidados de saúde; <i>prompts</i> baseados em evidências; padrões clínicos, caminhos e protocolos; auditoria clínica e o <i>feedback</i> de avaliação estruturada da prática clínica e desempenho; ciclos de melhoria colaborativos em equipe.</p> <p>3) Envolver e capacitar o paciente, família e comunidade: comitês de gestão de unidades de saúde; alfabetização em saúde entre a população; tomada de decisão compartilhada; ferramentas de autogerenciamento dos pacientes; paciente avaliar a qualidade do atendimento; coleta sistemática das opiniões dos pacientes sobre os cuidados; e financiamento com base no desempenho ou relatório público.</p>
<p><i>Building the primary health care workforce of the 21st century</i></p> <p>2018</p> <p>OMS</p>	<p>Fornecer subsídios para renovação e adaptação da força de trabalho na Atenção Primária de acordo com a visão do século XXI.</p>	<p>Descrição das perspectivas para a força de trabalho global em saúde com base em quatro dimensões de desempenho:</p> <p>1) Disponibilidade: oferta suficiente e estoque adequado de trabalhadores de saúde, com competências e combinação de habilidades correspondentes às necessidades de saúde da população;</p> <p>2) Acessibilidade: distribuição equitativa dos profissionais de saúde em termos de: tempo de deslocamento e jornada de trabalho; infraestrutura; organizacional; e financeiro;</p> <p>3) Aceitabilidade: características e capacidade para tratar pacientes com dignidade, criar confiança e possibilitar ou promover a demanda por serviços;</p> <p>4) Qualidade: competências, habilidades, conhecimentos e comportamento avaliação de qualidade de acordo com as normas profissionais e percepção dos pacientes.</p>	<p>“Mudanças globais”, impactos nos serviços de Atenção Primária e requisitos para a força de trabalho:</p> <p>1) Carga de doenças: a) prevalência de doenças crônicas e saúde mental e persistência de doenças: ampliar força de trabalho para atender à demanda adicional; formular novas competências de futuros e atuais profissionais para um novo modelo de atenção “centrado na pessoa”, família e comunidade. b) múltiplas condições crônicas: equipes multiprofissionais com novas ocupações e especialidades; equipes “fluidas” para adaptar-se à demanda; e ênfase em cuidados orientados aos pacientes.</p> <p>2) Tecnologia: telemedicina, prontuários eletrônicos, <i>e-health</i>, saúde móvel, <i>big data</i>, inteligência artificial, sistemas de informação etc. - garantir que os trabalhadores tenham <i>e-skills</i> apropriadas, atualizadas em uma base contínua através do serviço formação e aprendizagem ao longo da vida; uso de <i>e-Health / m-Health</i> para melhorar produtividade (economia de tempo nas práticas, como registros e informações mais rápidas das informações), aumento da disponibilidade e capacidade de prestação de serviços para mais usuários, mesmo se números absolutos de profissionais permanecerem constantes.</p> <p>3) Novos modelos de serviços: Assistência domiciliar; redução admissões no hospital - Equipes multidisciplinares novas funções como visitas domiciliares, monitoramento à distância e apoio aos cuidadores informais.</p> <p>4) Mudança cultural: a) Usuário - Habilidades de comunicação dos profissionais de saúde e competências em promoção e a educação para autocuidado; mais sensibilidade / consciência cultural necessário para lidar diferenças. b) “Provedor” – adaptação das condições de trabalho: licenças estudo e parental, trabalho flexível em horas, redução gradual da carga de trabalho para certos grupos (trabalhadores mais velhos, pais com crianças pequenas).</p> <p>5) Riscos ambientais e mudanças climáticas - profissionais treinados para identificar os riscos ambientais e relacionados problemas de saúde e para promover e organizar medidas preventivas;</p> <p>6) Dirigente políticos: plano nacional de saúde compromisso com a UHC, ODS, redução das iniquidades, políticas de trabalho - Maior demanda por serviços aumenta pressão para melhor uso de todas as capacidades dos profissionais (ex. revisar os escopos tradicionais da prática e criar novas ocupações de clínica em “não médicos”); melhorar distribuição geográfica dos profissionais, extensão do horário de funcionamento dos serviços e gerenciamento para prevenir absenteísmo e “comportamentos antiéticos”; desenvolver habilidades nas áreas de promoção, prevenção e educação para enfrentamento determinantes sociais de saúde.</p>

Quadro 18 – Panorama principais documentos, diretrizes e orientações para o trabalho na Atenção Primária em Saúde a partir de Astana (tradução livre) – parte 3

Título	Objetivos	Perspectivas	Propostas
<p style="text-align: center;">Operational framework for primary health care: transforming vision into action 2020</p>	<p style="text-align: center;">OMS</p> <p style="text-align: center;">Oferecer estrutura operacional para subsidiar e intensificar mudanças na Atenção Primária</p>	<p>A estrutura operacional desenvolveu-se a partir da visão de Atenção Primária contida na Declaração de Astana em 2018. Tem como perspectivas atender aos ODS, UHC, alinhando o apoio dos <i>stakeholders</i> às estratégias e planos nacionais para fortalecimento da Atenção Primária e Cuidados Primários “sustentáveis”. Entende o papel do Ministério da Saúde como “criador de condições facilitadoras e ambiente propício para melhoria da saúde”, devendo também capacitar atores e “responsabilizá-los” por suas ações, orientando o sistema de forma “inclusiva” e envolvendo atores públicos e privados e da “sociedade civil”. O documento articula Programa Geral de Trabalho (2019-2023) e plano de Ação Global OMS com base na Atenção Primária para atender aos ODS.</p>	<p>Propõe implementação de 14 “alavancas” interdependentes para operacionalizar os compromissos assumidos na Declaração de Astana. As ações são priorizadas, otimizadas e sequenciadas de forma a atender resultados globais nas três dimensões da UHC (aumento do acesso, qualidade e utilização dos serviços; melhorar participação “alfabetização” e busca de cuidados em saúde):</p> <p>Quatro “alavancas” estratégicas centrais</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Compromisso político e liderança (Atenção Primária centro das ações para atender à UHC e ODS); 2) Governança e estruturas políticas (parcerias entre setores públicos e privados, lideranças comunitárias e prestação de contas mútua); 3) Financiamento e alocação de recursos (financiamento adequado para Atenção Primária favorecendo equidade no acesso, plataforma e ambiente de “incentivo” para cuidados de alta qualidade e reduzir dificuldades financeiras); 4) Envolvimento comunidade e outros stakeholders (engajamento de comunidades e <i>stakeholders</i> de todos os setores para discussão de políticas por meio do “diálogo”). <p>10 “alavancas” operacionais</p> <ol style="list-style-type: none"> 5) Modelos de Atenção (“centrado nas pessoas” que promovam “alta qualidade” e integração funções essenciais saúde pública e cuidados primários continuados); 6) Força de trabalho da Atenção Primária (quantidade adequada, equipes multidisciplinares, profissionais comunitários devidamente supervisionados com “compensação” apropriada – entre as ações encontra-se a “reorganização de escopos de prática, caso necessário, para expandir acesso a serviços essenciais e otimizar a prestação de cuidados” (p. 32)); 7) Infraestrutura física (seguras, acessíveis, confiáveis, saneamento e eliminação de resíduos adequados, conectividade de telecomunicações e sistema de transporte para deslocamento a outros serviços de saúde); 8) Insumos (medicamentos acessíveis, adequados, seguros, eficazes e de alta qualidade e outros insumos para melhoria saúde); 9) Engajamento setor privado (parcerias público-privadas “sólidas” para prestação de serviços integrados de saúde – entre as ações encontra-se: “identificar desafios (a exemplo de entrega de serviços atrasados) e avaliar se um maior envolvimento do setor privado poderia melhorar o desempenho” (p. 47)); 10) Aquisições e sistemas de pagamento (sistemas de compra que promovam reorientação dos modelos de atenção para prestação de serviços integrados à saúde pública e aos cuidados primários). 11) Tecnologias digitais para a saúde (uso de tecnologias digitais para facilitar o acesso aos cuidados e prestação de serviços, melhorar a eficácia e eficiência e “promover a responsabilidade”). 12) Sistemas de melhoria da qualidade de atendimento (avaliação e melhoria contínua da qualidade dos serviços integrados de saúde) 13) Pesquisa voltada para a Atenção Primária (pesquisa e gestão do conhecimento, disseminando lições aprendidas, uso do conhecimento para ampliação de estratégias bem-sucedidas para fortalecimento dos sistemas de saúde orientados à APS). 14) Monitoramento e Avaliação (avaliação e monitoramento por meio dos sistemas de informação em bom funcionamento, com dados confiáveis para apoio no uso de informações para tomada de decisão e aprendizagem por atores locais, nacionais e globais). <p>O documento aponta questões específicas relacionadas ao incentivo de pesquisas orientadas à Atenção Primária, incorporação de TIC, aumento do desempenho e monitoramento e avaliação. Em relação ao desempenho, reforça necessidade de estratégia nacional de qualidade e ações de: medição rotineira das atividades; relatório público (benchmarking) da qualidade dos serviços; financiamento adequado para os esforços de “melhoria da qualidade”; instituição de mecanismos de avaliação pelos usuários; incentivo à liderança, responsabilidade e governança pelas equipes de Atenção Primária voltadas à qualidade; desenvolvimento de sistemas de monitoramento da adesão a padrões de atendimento; envolvimento da comunidade na discussão sobre desempenho e melhoria da qualidade das atividades das equipes. Além disso, na questão do monitoramento e avaliação, reforça as estratégias de qualidade por meio da construção de indicadores, análise regular e sistemática, através de sistemas de informação e TIC, do desempenho na Atenção Primária; garantia de alocação de recursos para prioridades e populações mais vulneráveis; e incentivos para mecanismos de coleta de dados para supervisão e avaliações da qualidade; entre outros.</p>

Fonte: WHO, 2021

Diante da urgência da ampliação da cobertura de serviços e de trabalhadores de saúde para o cenário da transição epidemiológica, demográfica e dos riscos de graves crises sanitárias e humanitária, a expansão do capital segue uma “linha de menor resistência” (MÉSZÁROS, 2011a): comercialização dos serviços, ampliação da exploração do trabalho (composto majoritariamente pela força de trabalho feminina da enfermagem) mediada pela massiva incorporação das TIC e captação de maior fatia do fundo público. Ao mesmo tempo, gera consenso, atuando no alívio das tensões das desigualdades em territórios empobrecidos. Neste sentido, pode-se vislumbrar os seguintes efeitos “econômicos” para a força de trabalho da enfermagem: aumento da qualificação (com possibilidade de substituição da força de trabalho médica) e práticas mais “eficazes” (“resultados em saúde” mensuráveis) a menor custo (de formação, de remuneração e de intervenções nos CSP).

Na Atenção Primária, a prática profissional tende a voltar-se fundamentalmente para a realização de ações padronizadas e simplificadas, pautadas por evidências científicas, com base em padrões de eficácia. Por outro lado, a organização do processo do trabalho tende a seguir pela aceleração do consumo de produtos (intervenções, insumos e procedimentos), através dos canais de circulação em intervenções padronizadas, atendendo à “taxa de uso decrescente” (MÉSZÁROS, 2011a) de mercadorias. Neste seguimento, o aumento da produtividade do trabalho em saúde (produção de maior quantidade de intervenções com a mesma quantidade de trabalho exigida por um médico, por exemplo) pode ser realizada plenamente através da prática profissional da enfermagem subordinada à padronização e supervisão clínica para desempenho do sistema de saúde.

Em se tratando do problema dos vazios assistenciais, a mitigação é o “remédio”. O que já nos primórdios dos anos 1960 demonstrava sua gravidade, tendo em vista a ausência de médicos nos países recém-independentes da África, transmutou-se em preocupação com a falta de “profissionais de saúde”. Para manutenção da ordem socioeconômica, a solução proposta é o alívio das tensões, seja na transferência de competências profissionais (combinação de habilidades, delegação de tarefas, aumento do número e do escopo de práticas de outros profissionais de saúde), seja na tentativa de gestão da migração dos trabalhadores de saúde. Naturaliza-se a migração de profissionais de saúde qualificados para países centrais e busca-se forjar e adequar a força de trabalho, rebaixada em seu valor de acordo com a disponibilidade de recursos orçamentários para o setor público e/ou padrões de remuneração no mercado de trabalho privado, nos países periféricos.

3 ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL E NA ESPANHA: LUTAS E RESISTÊNCIAS DA ENFERMAGEM

Conforme discutido anteriormente, a doutrina política, econômica e ideológica neoliberal subsidiou um conjunto de reformas nos sistemas universais as quais fomentaram a reestruturação produtiva nos serviços públicos de saúde. Reforça valores da saúde como mercadoria e insufla a cultura do consumo, além de reorientar o processo de trabalho para o foco na atenção e gestão das condições clínicas individuais. Desse modo, tal doutrina fortalece aspectos do gerenciamento do trabalho com base em preceitos da “qualidade total”, e ampliando a intensificação, o controle e o disciplinamento do trabalho a partir da massiva incorporação das TIC nos serviços.

A pragmática tecnocrática das reformas é a manifestação da reestruturação produtiva e da reorientação do processo de trabalho na Atenção Primária, que foi sendo desenvolvida por *think tanks*, fundações e organizações privadas e de governos de países centrais, amplamente difundidas por meio de setores da academia e organismos internacionais aos Estados Nacionais. No entanto, o processo de incorporação destes ideários das reformas neoliberais na saúde ocorre nos contextos nacionais de acordo com as respectivas particularidades das lutas de classes dos territórios. Nesse sentido, ainda que o ideário seja o mesmo, a temporalidade, a resistência e a forma adaptada ao contexto se diferem no processo de incorporação das políticas de saúde no âmbito da Atenção Primária no SNS na Espanha e Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

Além disso, as disputas travadas em torno dos projetos de Saúde Comunitária e Saúde Coletiva para desenvolvimento nos respectivos países revelam a trajetória peculiar da resistência e incorporação da pragmática neoliberal na Atenção Primária. Neste seguimento, o item procura discutir as lutas, resistências e conformação do processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária nos países. Entender os aspectos da crise estrutural do capital no processo de trabalho da enfermagem implica reconhecer os efeitos da luta de classes na saúde na sua manifestação particular, mas de forma articulada aos movimentos de expansão do capitalismo na saúde. Importa reconhecer as lutas travadas na defesa do direito universal à saúde, assim como as lutas para avanço e desenvolvimento da profissão em termos de qualificação e autonomia profissional, por um lado; mas, por outro, surgem as manifestações particulares do processo de mercantilização da saúde e os papéis requisitados à categoria na reconfiguração da sua prática profissional em atendimento aos interesses das contrarreformas no sistema de saúde dos países.

Este capítulo desenvolve-se a partir da síntese da revisão narrativa de literatura e de documentos institucionais (Quadros 19, 20 e 21) que favorecem a descrição do desenvolvimento do processo histórico e contextualização dos aspectos da crise para o setor saúde na Espanha e no Brasil. Para a coleta de dados, foram utilizados documentos disponíveis publicamente em *sites* oficiais e publicações da literatura científica. Foram priorizadas fontes da administração pública, executivas e legislativas, atos normativos e documentos oficiais relacionados à organização administrativa do Estado, do sistema de saúde, da Atenção Primária e da enfermagem nas respectivas localidades. Além disso, agregaram-se registros realizados em reuniões/seminários institucionais oficiais e outras manifestações públicas relacionadas ao trabalho da enfermagem na Atenção Primária nas respectivas localidades.

Quadro 19 – Sumário principais documentos normativos organização do trabalho na Atenção Primária Espanha

Documento	Ano	Autoria	Tipo	Informação
<i>Real Decreto-ley 137/1984</i>	1984	<i>Jefatura del Estado</i>	Legislação	Reforma da Atenção Primária, reorganização das estruturas básicas de saúde
<i>Ley General de Sanidad</i>	1986	<i>Jefatura del Estado</i>	Legislação	Organização do Sistema Nacional de Saúde Espanhol
<i>Real Decreto-ley 63/1995</i>	1995	<i>Jefatura del Estado</i>	Legislação	Ordenação da prestação de serviços sanitários no Sistema Nacional de Saúde Espanhol
<i>Ley nº 16/2003 Calidad y Cohesión</i>	2003	<i>Jefatura del Estado</i>	Legislação	Marco legal de ações de coordenação e cooperação entre as Administrações Públicas de Saúde
<i>Ley nº 44/2003 Lopes</i>	2003	<i>Jefatura del Estado</i>	Legislação	Lei de ordenação de profissões de saúde: regulação, qualificação e carreira
<i>Ley nº 55/2003 Estatuto Marco</i>	2003	<i>Jefatura del Estado</i>	Legislação	Estabelecimento das bases regulatórias da relação trabalhista dos profissionais estatutários no Sistema Nacional de Saúde
<i>Real Decreto-ley nº 450/2005</i>	2005	<i>Jefatura del Estado</i>	Legislação	Dispõe sobre as especialidades de enfermagem
<i>Real Decreto-Ley nº 1030/2006</i>	2006	<i>Jefatura del Estado</i>	Legislação	Estabelecimento da Carteira de Serviços da APS em âmbito nacional
<i>Proyecto AP-21</i>	2007	<i>Ministerio de Sanidad y Consumo</i>	Publicação	Marco Estratégico para melhora da Atenção Primária na Espanha
<i>Informe Plan de Calidad</i>	2009	<i>Ministerio de Sanidad y Política Social</i>	Publicação	Balço do Plano de Qualidade do Sistema Nacional de Saúde com objetivo de favorecer a atenção à saúde de excelência e “centrada” nos usuários
<i>Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud</i>	2010	<i>Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad</i>	Publicação	Apresenta atributos da “qualidade” a ser implementada sob a coordenação da <i>Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud</i> através de recursos da agência, convênios, contratos e encomendas de gestão de acordo com a legislação vigente
<i>Reforma de las Administraciones Públicas</i>	2011	<i>Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas</i>	Publicação	Projeto da Reforma da Administração Pública Espanhola com o objetivo de corrigir desequilíbrios e criar bases para ciclo de crescimento econômico no pós-crise de 2008
<i>Real Decreto-ley 16/2012</i>	2012	<i>Jefatura del Estado</i>	Legislação	Medidas de sustentabilidade financeira do SNS
<i>Pacto por la Sanidad</i>	2013	<i>Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad</i>	Documento	Acordo realizado entre Ministério da Saúde, Conselho Geral de Enfermagem e Sindicato de Enfermagem sobre o Pacto pela Saúde, Recursos Humanos e Gestão clínica
<i>Real Decreto-ley nº 7/2018</i>	2018	<i>Jefatura del Estado</i>	Legislação	Dispõe sobre o acesso universal ao Sistema Nacional de Saúde
<i>Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria</i>	2019	<i>Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social</i>	Publicação	Atualização da Atenção Primária nos marcos da Saúde Comunitária

Fonte: A autora, baseada em ESPAÑA (2021a, 2021b, 2021c)

Quadro 20 – Sumário principais documentos normativos organização do trabalho na Atenção Básica Brasil – parte 1

Documento	Ano	Fonte	Tipo	Informação
Relatório 8ª Conferência Nacional de Saúde	1986	Ministério da Saúde	Publicação	Apresenta síntese do processo de discussão das pré-conferências e conferência nacional de saúde constando as bases e propostas para a garantia constitucional do direito à saúde e construção do Sistema Único de Saúde (SUS)
Lei nº 8.080/1990 LOS	1990	Presidência Casa Civil	Legislação	Lei Orgânica da Saúde (LOS): Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços no SUS
Lei nº 8.142/1990	1990	Presidência Casa Civil	Legislação	Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.
PDRAE - MARE	1995	Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE)	Publicação	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE) define objetivos e estabelece diretrizes para a reforma da administração pública brasileira
NOB-96	1996	Ministério da Saúde	Legislação	Norma Operacional Básica 1996 (NOB-96): promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos municípios, redefinição das responsabilidades dos entes federados.
RASS - MARE	1998	Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE)	Publicação	Reforma Administrativa do Sistema de Saúde (RASS) propõe reforma do sistema hospitalar e ambulatorial para aumentar resolutividade, integralidade ações e qualidade, promovendo uso racional dos recursos e evitando fraudes. Controle para garantir menor custo e melhor qualidade serviços e racionalizar entrada hospitalar, evitando exames e internações desnecessários.
Lei nº 9.637/1998 OS	1998	Presidência Casa Civil	Legislação	Dispõe sobre qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização , a extinção dos órgãos e entidades que menciona (serviços não exclusivos) e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências.
REFORSUS BM	1999	Ministério da Saúde	Legislação	Iniciativa do Ministério da Saúde com apoio do Banco Mundial/ BIRD voltada para recuperação física, tecnológica e gerencial de estabelecimentos de saúde do SUS; aprimoramento da gestão de política e de sistemas de saúde; elevação do grau de responsabilidade técnica gerencial dos órgãos gestores e prestadores de serviços.
Lei comp. nº 101/2000 LRF	2000	Presidência Casa Civil	Legislação	Lei de Responsabilidade Fiscal: estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências – contenção de gastos pelos governos
PROESF BM	2002-2013	Ministério da Saúde	Publicação	Iniciativa do Ministério da Saúde com apoio do Banco Mundial/ BIRD voltada à organização e fortalecimento da Atenção Básica no país. Busca contribuir na implantação e consolidação da Saúde da Família em municípios com mais de 100 mil habitantes e eleva qualificação e desempenho serviços . Fases: Fase I – 2002/2007; Fase II – 2009/2013
Portaria nº 399/2006 Pactos pela Saúde	2006	Ministério da Saúde	Legislação	Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto: Pactos Vida, Defesa do SUS e Gestão
Portaria nº 648/2006 1ª PNAB	2006	Ministério da Saúde	Legislação	Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), 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).
Portaria nº 4.279/2010 RAS	2010	Ministério da Saúde	Legislação	Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Quadro 21 – Sumário principais documentos normativos para a organização do trabalho na Atenção Básica Brasil – parte 2

Documento	Ano	Fonte	Tipo	Informação
Decreto nº 7.508/2011	2011	Presidência Casa Civil	Legislação	Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências
Portaria nº 2.488/2012 2ª PNAB	2012	Ministério da Saúde	Legislação	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).
Lei nº 12.871/2013 PMM	2013	Presidência Casa Civil	Legislação	Institui o Programa Mais Médicos, altera as leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências.
Portaria nº 1.412/2013 SISAB	2013	Ministério da Saúde	Legislação	Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB).
Portaria nº 1.645/2015 PMAQ	2015	Ministério da Saúde	Legislação	Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).
Portaria nº 2.436/2017 3ª PNAB	2017	Ministério da Saúde	Legislação	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).
Ajuste Justo BM	2017	Banco Mundial	Documento	Relatório que indica estratégias para desenho e implementação de Ajuste Estrutural nas contas fiscais brasileiras.
Portaria nº 3.992/2017	2017	Ministério da Saúde	Legislação	Dispõe sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços públicos de saúde do Sistema Único de Saúde.
Lei nº 13.958/2019 PMB/ADAPS	2019	Presidência Casa Civil	Legislação	Institui o Programa Médicos pelo Brasil, no âmbito da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), e autoriza o Poder Executivo federal a instituir serviço social autônomo denominado Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde (Adaps).
Portaria nº 2.539/2019	2019	Ministério da Saúde	Legislação	Institui equipe de Atenção Primária (eAP) e dispõe sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal (eSB) com carga horária diferenciada.
Portaria nº 2.972/2019 PREVINE BR	2019	Ministério da Saúde	Legislação	Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.
Portaria nº 3.222/2019 Desempenho	2019	Ministério da Saúde	Legislação	Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil
Carteira de Serviços CaSAPS	2019	Ministério da Saúde	Publicação	Descrição lista de ações e serviços APS, clínicos e vigilância em saúde
Portaria nº 2.983/2019	2019	Ministério da Saúde	Legislação	Institui o Programa de Apoio à Informatização e Qualificação dos Dados da Atenção Primária à Saúde - Informatiza APS

Fonte: A autora, baseada em BRASIL (2021b)

3.1 Sistema Nacional de Saúde, Atenção Primária e a enfermagem na Saúde Comunitária espanhola: concepções, resistências e lutas

Para discutir o setor saúde na Espanha, é importante compreender o contexto da criação dos Sistemas Nacionais de Saúde, no âmbito da economia política pós II Guerra Mundial na Europa. Ao processo de estruturação do sistema de saúde espanhol, agregam-se suas particularidades relacionadas aos contextos e marcos históricos importantes no cenário nacional, como o período da Guerra Civil Espanhola, 38 anos de ditadura franquista (1939-1977) e redemocratização com a promulgação da Constituição de 1978.

A criação do National Health System (NHS), a partir do Plano *Beveridge*, proporcionou uma organização sanitária pública com ênfase na prevenção da enfermidade, promoção da saúde e acesso universal e gratuito às ações e serviços de saúde na Inglaterra. A acirrada disputa entre projetos de sociedade tensionou a atenção à saúde e alguns profissionais contribuíram para as lutas sociais nela inscrita, ao passo que desenvolviam experiências progressistas no campo da saúde pública e comunitária, no cenário de fortalecimento do movimento sindical e trabalhista do período (CAMPOS, 1994). Por outro lado, o Estado de Bem-Estar fortaleceu as coordenadas *keynesianas* nas funções estatais de produção e reprodução social no capitalismo e a hegemonia da racionalidade e prática especializada e médico-centrada no modelo de atenção à saúde (NAVARRO, 1985 apud CAMPOS, 1994).

Conforme Campos (1994), o aumento dos serviços e servidores públicos neste período conferiu um mecanismo e uma consciência social diferente do processo de trabalho produtivo clássico no capitalismo. Ainda que este setor esteja inserido na esfera da reprodução ampliada da força de trabalho, e não diretamente na produção de mais-valia:

[...] ha hecho aparacer una lógica de funcionamiento y producción de “mercancías” destinadas, no a la generación de plusvalía, apreciables por su valor de cambio, sino a la satisfacción de necesidades, valoradas por la utilidad de su uso, y por ello objetivables, analizables ya no en su vertiente estrictamente cuantitativa (monetarista), típica del sistema capitalista, sino por el grado de adecuación y cumplimiento de los objetivos por los que se imparten o prestan. (CAMPOS, 1994, p. 59)

Na Espanha, é na década de 1930, sob o regime da Segunda República, que alguns princípios da organização de um novo sistema sanitário começaram a ser formulados, sob forte presença de movimentos dos trabalhadores representados no parlamento espanhol (HUERTAS, 2000). Neste período, segundo Huertas (2000), conhecido pela instabilidade política na história espanhola, pode-se observar tentativas de reforma sanitária com propostas

de criação de infraestruturas de saúde, considerando a necessidade de adequações à constituição do período, a recomendações e convênios internacionais acordados e à política econômica intervencionista que se desenhava para o Estado.

Em 1934, no *I Congreso Nacional de Sanidad*, em Madri, houve pautas para expansão dos Centros de Higiene Rural e assistência médica preventiva por todo país, principalmente através de ações no âmbito materno-infantil, controle de doenças transmissíveis e medidas de higiene sanitária no ambiente rural, coordenadas pelo Estado em cooperação com os municípios, responsáveis pela execução das ações. Ademais, propunha-se a criação de redes de suporte de centros secundários próximos para apoio especializado, com vistas a ampliar a área assistencial médica e preventiva à maior parte da população, constituindo-se o primeiro esboço de uma estrutura organizativa sanitária coordenada (HUERTAS, 2000).

Contribuições importantes vieram do legislativo, como a *Ley de Bases de Régimen Sanitario* e a *Ley de Coordinación Sanitaria*, as quais objetivavam melhorar a coordenação dos serviços sanitários para integração das ações e dar resposta às necessidades de saúde levantadas nas províncias e municípios. Em 1936, foi deliberada a reorganização dos Centros secundários, compostos por um diretor médico e uma instrutora sanitária em equipe fixa e outros trabalhadores auxiliares e técnicos sanitários para serviços especializados para assistência a doenças como a tuberculose, na área materno-infantil, doenças venéreas, odontologia, oftalmologia, otorrinolaringologia; e dos Centros primários de higiene rural, que seriam compostos por médicos de assistência pública domiciliar (CAMPOS; GÓMEZ; NAVARRO, 1995; HUERTAS, 2000).

Já em meio à Guerra Civil, a Espanha experimentou um avanço teórico e prático significativo para a saúde. Ainda que com contradições, as propostas continham horizontes de universalidade, equidade e integralidade, com a indicação de fortalecimento de infraestruturas capazes de responder e coordenar as necessidades assistenciais e preventivas da população, além do reforço à compreensão da saúde como função pública de responsabilidade estatal. Todavia, a partir de 1939, a ditadura franquista trouxe retrocessos importantes nos avanços indicados na Segunda República espanhola (HUERTAS, 2000).

De acordo com Campos, Gómez e Navarro (1995), no regime franquista de 1939 a 1977, a dura repressão aos movimentos e ao governo de esquerda implicou perda das inovações epistemológicas e metodológicas introduzidas anteriormente para a saúde pública. A transição epidemiológica, como consequência do rápido processo de industrialização e mudanças demográficas na segunda metade do franquismo, foi enfrentada tardiamente pela saúde pública. Entretanto, observou-se o crescimento e consolidação do Seguro Obligatorio

de Enfermedad (SOE), favorecendo o protagonismo médico e o modelo assistencial curativista, em detrimento dos componentes de promoção e prevenção (CAMPOS; GÓMEZ; NAVARRO, 1995).

Na saúde pública, a cargo da Dirección General de Sanidad no Ministerio del Interior, o enfoque ao combate às doenças transmissíveis e vacinas aumentaram significativamente, considerando o aparecimento de epidemias de varíola, tifo e difteria no período ditatorial. Houve incremento de gastos nas áreas da administração sanitária de caráter higienista tecnoburocrática e da medicina militar, representando a natureza hierárquica e centralizadora do governo na saúde. Entretanto, era patente a diminuição do papel da *Dirección General de Sanidad* nas definições e mudanças da estrutura sanitária, à medida que se aumentava a rede assistencial do SOE (CAMPOS; GÓMEZ; NAVARRO, 1995).

A criação do SOE, em 1942, no Instituto Nacional de Previdência, sob a pasta do Ministério do Trabalho, buscou lograr legitimação do regime junto aos trabalhadores no período pós-Guerra Civil a partir da cobertura à assistência médica e hospitalar aos beneficiários sob intervenção política direta do grupo Falangista do regime. Em 1944, a *Ley de Bases de la Sanidad Nacional* reafirmou o papel da saúde, com base no modelo de higiene pública preventivista, pautado no desenvolvimento de ações sanitárias isoladas e dispersas para prevenção e combate a doenças transmissíveis, em detrimento da atenção integral, especialmente da assistência médica individual, que estava concentrada no SOE sob responsabilidade da Previdência (CAMPOS; GÓMEZ; NAVARRO, 1995; NAVARRO, 2015).

As medidas sanitárias isoladas, a falta de coordenação das ações, a duplicação das redes sanitárias e a dualidade no modelo de atenção à saúde, separando as ações preventivas e de promoção das assistenciais terapêuticas, foram marcas deste período. É patente a eliminação dos avanços sociais, teórico e metodológicos, conseguidos na Segunda República e o papel da saúde pública:

[...] por la penuria de las dotaciones presupuestarias e ineficacia de sus atribuidas competencias, e insuficiencia de recursos humanos, la estructura de la sanidad publica española está claramente en inferioridad de condiciones frente a la estructura asistencial cuando se va erigiendo el esquema del Seguro Obligatorio de Enfermedad (...) (CAMPOS, 1994, p. 61)

Durante o regime franquista, o desenvolvimento da saúde espanhola foi caracterizado por retrocessos na organização do sistema sanitário. Diferente de outros países do norte europeu, a Espanha terá implementado um sistema universal de saúde pós-reabertura

democrática no final da década de 1970 (CAMPOS, 1994; CAMPOS; GÓMEZ; NAVARRO, 1995)

Segundo Campos (2015), o cenário de crise econômico-política devastador ao final do regime franquista (*tardofranquismo*) e a incapacidade do governo em dar respostas às contradições sociopolíticas do “desenvolvimentismo” favoreceram os movimentos de resistência, que já se organizavam clandestinamente, ainda que sob forte repressão militar. Na saúde, a crise sanitária manifesta-se em episódios epidêmicos relacionados aos projetos de desenvolvimento (Planos I, II e III) do governo Franco, tais como: as modificações nos cenários urbano e rural, qual seja, do processo acelerado de industrialização, urbanização e falta de estruturas habitacionais, sanitárias e trabalhistas para a população (CAMPOS, 2015; NAVARRO, 2015).

Os movimentos em torno da defesa da democracia manifestaram-se nos âmbitos cultural, sindical, estudantil, de mulheres e popular, com forte influência da militância política dos partidos de esquerda, especialmente o Partido Comunista Espanhol, e contribuíram para as conquistas de direitos sociais pós-ditadura militar espanhola. Ademais, o enfretamento das necessidades de saúde diante da mudança no perfil epidemiológico e populacional exigia ampliação e fortalecimento da atenção no nível primário da saúde, ficando cada vez mais evidente os limites da assistência previdenciária pelo SOE para atender com racionalidade (racionalização) na organização do sistema sanitário (CAMPOS, 2015; NAVARRO, 2015).

Sob visíveis dificuldades para a atenção à saúde, em 1974, fora desenvolvida a Comissão Interministerial da Reforma Sanitária espanhola, tendo como um dos seus objetivos principais a organização e a integração dos serviços. O consenso da comissão refletiu-se no informe-base que reconheceu, de acordo com Navarro (2015, p. 59), “[...] el derecho a la salud, la defensa de la salud colectiva, el carácter público del sistema sanitario, su ordenación unitaria y la integración de todas las fases de la asistencia médica en los servicios sanitarios, desde la prevención a la rehabilitación”.

O processo de transição democrática na Espanha, a partir de 1975, contribuiu para conquistas com o horizonte de reformas direcionado a um Estado de Bem-Estar Social, como em outros países da Europa. De fato, como aponta Galiana-Sánchez (2015), ainda que tardia e com menor amplitude na proteção social, as reformas neste período mudaram o tamanho e o papel do Estado nos serviços públicos, melhorando políticas redistributivas em programas sociais, saúde e educação.

Para a saúde, alguns eventos foram importantes no desenvolvimento da Reforma Sanitária. Em nível internacional, a Primeira Conferência sobre Atenção Primária à Saúde

(APS) em Alma-Ata, 1978, e a Assembleia Mundial de Saúde da OMS, em 1979, contribuíram com a revisão dos paradigmas teórico-conceituais de reorientação do modelo de atenção e dos serviços de saúde. Em nível nacional, logo após a morte do ditador, houve a democratização de alguns conselhos profissionais médicos e de enfermagem, a reivindicação da formação universitária de enfermeira pelas Ajudantes Técnicas Sanitárias (ATS) e anexação dos orçamentos da Seguridade Social aos Gerais do Estado. Em 1977, foi criado o Ministerio de Sanidad y Seguridade Social, bem como surge a formação e mobilização das associações de moradores e conselhos locais de saúde. No entanto, é com a promulgação da Constituição, em 1978, que houve reconhecimento do direito à saúde, descentralização política – com o desaparecimento do Instituto Nacional de Previdência e criação do Instituto Nacional de Salud (INSALUD) –, implementação das Jornadas Sanitárias do Partido Comunista Espanhol e Federais de Saúde Pública pelo Partido Socialista Operário Espanhol (PSOE) no governo federal, possibilitando o desenvolvimento da Reforma Sanitária (CAMPOS, 2015; GALIANA-SÁNCHEZ, 2015; MORA, 2015; NAVARRO, 2015).

Na Constituição de 1978, o Estado espanhol concretiza sua transição com a reorganização territorial e instauração de um modelo político altamente descentralizado. Ainda que em um regime Monárquico Parlamentarista, a Espanha reorganizou-se por uma divisão político-administrativa entre as mais descentralizadas do continente europeu, contando com diferentes níveis de governo: Central (Estado), 17 Comunidades Autônomas (CCAA), 50 províncias e 8 mil municípios (PEREIRA et al., 2015). Os respectivos governos dispõem de autonomia para gestão dos seus processos; contudo, os polos de poder são concentrados, principalmente, no Estado e nas CCAA. Estas são regidas por seus próprios Estatutos de Autonomia e apresentam características muito diversificadas em termos territoriais e populacionais, especialmente nos aspectos culturais e variantes linguísticas (O'SHANAHAN JUAN, 1995; PEREIRA et al., 2015).

A descentralização no marco constitucional é fundamental para as redefinições políticas e administrativas da saúde pós-regime ditatorial. A saúde acompanhou a descentralização e reorganização político-territorial espanhola. Contudo, a transferência das responsabilidades foi desenvolvida de forma assimétrica em relação ao tempo: primeiro das ações da saúde pública e depois da assistência médica previdenciária, o que provocou dificuldade para adequação dos serviços às novas definições constitucionais e orientações da Reforma Sanitária (NAVARRO, 2015; PEREIRA et al., 2015).

É neste cenário que é publicado o Real Decreto-ley nº 137/1984 (ESPAÑA, 1984) sobre as Estruturas Básicas de Saúde, isto é, a Reforma da Atenção Primária. Este é um

importante marco para a organização e desenvolvimento da Reforma Sanitária espanhola, visto que o debate em torno da Atenção Primária e Promoção da Saúde no âmbito internacional estava em ampla discussão no contexto nacional. Além disso, o enfoque da concepção ampliada de saúde, participação popular e determinação social em saúde convergia com os anseios democráticos dos movimentos sociais e de saúde, tanto na Espanha, como também em outros países do sul europeu (Itália, Grécia e Portugal) e na América Latina (Brasil), na década de 1980 (MORA, 2015; O'SHANAHAN JUAN, 1995).

O decreto 137/84 (ESPAÑA, 1984) marca a delimitação territorial para a organização dos serviços de Atenção Primária nas localidades, sendo estabelecidos os princípios normativos para a criação e funcionamento das Zonas Básicas de Saúde (ZBS), Equipes de Atenção Primária (EAP) e suas funções nos Centros de Saúde, como dispositivo de integração das ações de saúde a indivíduos e grupos. Tratava-se, antes, de promover a união entre os serviços sob a responsabilidade da Seguridad Social – modelo previdenciário do SOE – aos serviços sob responsabilidade do Estado – modelo da saúde pública (MORA, 2015).

O documento estabelece a ZBS como marco do território da Atenção Primária, respondendo pela adscrição de 5 a 25 mil pessoas cuja referência eram os profissionais da EAP em 1 Centro de Saúde localizado no interior desta área. A exceção se dá em relação aos territórios rurais amplos e com populações dispersas, em que cobriria o máximo 5 mil pessoas. Ademais, estes territórios contariam com os Centros Locais de Saúde. Em zonas que englobam mais de 1 uma localidade deveria ser respeitada a acessibilidade equânime para as pessoas de até 30 minutos até o serviço de referência (ESPAÑA, 1984)

Os Centros de Saúde são descritos como as unidades físicas onde se instalam os recursos e as EAP para atenção à população. Cada ZBS possui seu centro e tem sua EAP que se organiza conforme as características do território e da população a ser atendida, sendo composta por, no mínimo: médicos generalistas, pediatria e puericultura, Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), enfermeiras, matronas e praticantes, funcionários técnicos do Estado (coordenações técnicas – médica, enfermagem e matrona), farmacêutico, veterinário, auxiliares administrativos, trabalhadores assistenciais ou assistente social e outros profissionais que podem ser incorporados, de acordo com a disponibilidade financeira. A coordenação geral do Centro de Saúde e da equipe estaria sob responsabilidade de um médico, nomeado por tempo definido. O número de médicos na EAP se dá de acordo com a população e número máximo de adscritos por médico geral e pediatra. Ademais, é prevista a escolha pela população do médico de referência dentro da ZBS. Os demais

profissionais seguiriam a alocação conforme as necessidades de saúde da população atendida (ESPAÑA, 1984).

As atribuições das EAP são assim definidas no Real Decreto-ley nº 137/84: assistência sanitária ambulatorial, domiciliar, de urgência e de coordenação do cuidado para os demais níveis de atenção; atividades de promoção, prevenção e reinserção social, educação sanitária, diagnóstico de saúde da ZBS; avaliação das ações e seus resultados para a saúde da população; formação em Atenção Primária e realização de estudos clínicos e epidemiológicos; participação nos programas de saúde mental, do trabalhador e ambiental; realização dos programas sanitários de acordo com o diagnóstico de saúde da ZBS; trabalho em equipe com a participação de todos os seus membros na execução e avaliação das atividades comuns (ESPAÑA, 1984).

Em termos da jornada de trabalho dos profissionais, o decreto estabelece a carga horária de 40 horas semanais, além de plantões para assistência em domicílio e de urgência, de acordo com o estatuto dos profissionais de saúde. Nas áreas rurais, a organização da carga horária deverá ser de maneira a contemplar um tempo da manhã e um da tarde no centro de saúde, com atendimentos nos consultórios locais e em domicílio no regime ordinário e de urgência, além da realização de turnos rotativos de urgência nos Centros de Saúde para todos os dias da semana (ESPAÑA, 1984).

A forma de lotação dos profissionais nas EAP segue o regime estatutário, conforme legislação da seguridade social, e o número de vagas conforme limite estabelecido de pessoas para atendimento. Além disso, outros trabalhadores poderiam ser designados pelas direções provinciais, sendo as vagas preenchidas por concurso oposição, isto é, uma espécie de seleção interna do quadro funcional dos servidores da saúde, que dispõe de regulamentação específica para provisão das vagas (ESPAÑA, 1984).

Para Navarro (2015), a realização da Reforma da Atenção Primária, dois anos antes da aprovação da lei orgânica da saúde pós-ditadura, é uma estratégia para viabilizar e organizar a descentralização dos serviços de maneira integrada, conforme previsto na Constituição de 1978. Desta forma,

[...] las Zonas Básicas de Salud (RD 137/1984), nuevo marco territorial de la atención primaria de la salud, que suprimía los “partidos sanitarios”, base territorial de la Sanidad clásica, e integraba a los sanitarios locales en la nueva organización territorial de la sanidad “capaz de proporcionar una atención de salud continuada, integral y permanente con el fin de coordinar las funciones sanitarias afines”. Pero, la integración de la promoción y prevención, restringidas al individuo, significó incorporar la lógica clínica y de los estilos de vida, alejadas de la lógica salubrista más comunitaria. La aprobación de la Ley General de Sanidad (14/1986,) cerró este proceso de transición, superando las limitaciones del modelo sanitario tradicional. (NAVARRO, 2015 p. 59)

A Ley General de Sanidad e a criação do SNS, em 1986, desenvolvem-se sob o diagnóstico da incapacidade das legislações normativas anteriores e de suas estruturas sanitárias em dar respostas resolutivas aos principais problemas de saúde da população. A nova lei para a saúde surge como instrumento de viabilização do disposto nos artigos 43 e 49 da Constituição de 1979 sobre o direito à proteção da saúde de todos os cidadãos espanhóis. O SNS constitui-se por todos os centros, serviços e estabelecimentos de saúde das CCAA, delegações, prefeituras, Estado e outras administrações territoriais. Os serviços de saúde estão submetidos à responsabilidade e gestão das CCAA, acompanhados da coordenação e supervisão técnica do Estado, sob princípios de garantia da integralidade, universalidade, equidade e participação comunitária. Ademais estabelece como orientações de atuação na administração pública sanitária: a promoção da saúde, conforme necessidades individuais, familiares e sociais, a partir da educação sanitária, ações preventivas e não apenas curativas, a assistência para tratamento e reabilitação dos usuários (ESPAÑA, 1986).

Neste sentido, a concentração administrativa e política do SNS nas CCAA não privilegiou a municipalização; todavia, estabeleceu-se a criação das Áreas de Saúde como unidades básicas territorialmente delimitadas de organização da saúde das CCAA, com vistas a responder a proximidade dos serviços aos usuários e promover a gestão participativa e descentralizada. A contrapartida à substituição da gestão pelas Corporações Locais municipais se dá no âmbito de lhes outorgar o direito ao controle e participação na gestão das Áreas de Saúde através dos órgãos colegiados de Área com caráter consultivo. As Áreas de Saúde deverão contar com, no mínimo, os seguintes órgãos: Consejo de Salud de Area, Consejo de Dirección de Area e Gerente de Area. O Consejo de Salud de Area é o órgão de participação, composto por representantes das Corporações Locais, organizações sindicais dos profissionais de saúde e administração sanitária da Área de Saúde para fiscalização, orientação das diretrizes sanitárias e proposição de medidas para os problemas de saúde, contribuindo com o Plano de Saúde. O Consejo de Dirección de Area é o órgão de direção para formulação de diretrizes políticas, controle da gestão e elaboração e aprovação do Plano de Saúde, formados por representantes da CCAA e das Corporações Locais. Já o Gerente de Area é o gerente nomeado pela CCAA para execução das diretrizes, normas da administração da autonomia e do Estado e Plano de Saúde (ESPAÑA, 1986).

Por outro lado, é criado o Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, composto por um membro representante de cada CCAA e em igual proporção por representantes da Administração do Estado, como órgão permanente de coordenação dos

serviços sanitários, formulação e planejamento relacionados a aquisições, contratações de produtos e outros bens e serviços específicos e princípios da política de recursos humanos. A este último vincula-se o Comité Consultivo, que tem composição paritária de representantes de organizações empresariais e sindicais para o desenvolvimento da sua atuação. Ademais, o Estado deverá realizar o Plano Integrado de Saúde, com base nos planos de saúde das CCAA, como ferramenta para o exercício da sua atividade de coordenação técnica (ESPAÑA, 1986).

Apesar dos avanços representados pelas conquistas democráticas na saúde da Constituição de 1978, Reforma Sanitária e lei orgânica da saúde espanhola, o período é caracterizado por crise e esgotamento do modelo *keynesiano* e Estado de Bem-Estar Social como estratégia de desenvolvimento econômico e político capitalista. A doutrina neoliberal era fortalecida em âmbito internacional, tendo como enfoque o desmonte da proteção social e dos serviços públicos universais, sob o discurso da incapacidade de sustentação financeira pelo Estado. Diante deste contexto, o modelo sanitário do tipo *berveridgiano* de saúde universal passa a ser um horizonte mais dificilmente atingido pela Espanha pós-ditadura franquista (CAMPOS, 2015).

Todavia, conforme Campos (1994), ainda que em contexto de recessão econômica e sem as condições político-econômicas características da constituição dos Estados de Bem-Estar Social, foi possível a implementação da Ley General de Sanidad. Segundo o autor, duas condições apresentaram-se como dificuldades ao SNS neste período: o financiamento abaixo do indicado na Reforma Sanitária e a pouca experiência, no referido momento, para aplicar modelos alternativos de atenção à saúde. Esta última implica a influência do modelo do SOE, a partir do INSALUD, sobre o modelo de atenção individual e curativo nos Centros de Saúde. Ademais, o discurso da reorganização do sistema de saúde privilegiaria a dimensão assistencial no panorama da Reforma Sanitária, sendo preponderantes as conotações economicistas de racionalização dos custos na saúde, em detrimento da “dimensão sanitarista” defendida por profissionais progressistas, sindicalistas e políticos de esquerda (NAVARRO, 1991a apud CAMPOS, 1994)

O financiamento do SNS baseia-se nos Orçamentos Gerais do Estado e complementação das CCAA e Corporações Locais, retirando gradualmente os aportes da Seguridade Social e estabelecendo a participação direta do orçamento dos impostos do Estado a partir de 1999. No complexo financiamento do sistema, foram estabelecidas as seguintes fontes: Tesouro Nacional, Seguridade Social, CCAA, Corporações Locais e renda por serviços prestados a terceiros. O INSALUD ainda era responsável por parte considerável dos gastos em saúde da CCAA, o que dificultava a indução de mudanças previstas na Reforma

Sanitária. O gasto público em saúde teve aumento sensível nos anos seguintes à aprovação da lei, chegando a 6,3% do PIB em 1987; todavia, a Espanha ainda se situava abaixo da média do gasto de outros países da Europa (BORGES; FERNÁNDEZ; CAMPOS, 2018; O'SHANAHAN JUAN, 1995).

Para O'shanahan Juan (1995), a Ley General de Sanidad, ao estabelecer um SNS do tipo misto, possibilitou brechas para o crescimento da rede privada na saúde. Nesse sentido, a demanda por eficiência e a flexibilização no setor público, em uma perspectiva medicalizada e economicista, favoreceu a busca de complementaridade entre os setores público e privado, especialmente no que concerne à gestão dos recursos de saúde. Além disso, estratégias de sucateamento e deslegitimação do setor público reforçaram o crescimento do setor privado (O'SHANAHAN JUAN, 1995).

Os principais avanços conquistados pela lei ocorreram em torno da: integração no mesmo sistema das ações de assistência e da saúde pública; integração dos centros e serviços na mesma rede de atenção do setor público; universalização da cobertura da saúde; descentralização para as CCAA com criação dos Serviços Regionais da Saúde (SRS); modificação do financiamento do regime de seguro para seguridade social; criação da Área da Saúde como unidade territorial básica de 200 a 250 mil pessoas para financiamento e organização da rede de atenção; reforço da Atenção Primária pela incorporação da Reforma da Atenção Primária e suas definições da EAP para atuação nos Centros de Saúde em territórios delimitados (ZBS); implantação do Plano Integrado de Saúde para planejamento coordenado e integrado de ações e serviços de saúde no governo central e regionais nas CCAA; instrumentos de participação dos usuários e trabalhadores em caráter consultivo nas Áreas de Saúde; e livre escolha do médico de família na Área da Saúde (O'SHANAHAN JUAN, 1995).

No SNS, a Atenção Primária é considerada eixo importante da organização da rede de serviços, proporcionando sua integração em um território delimitado e conferindo maior proximidade e acessibilidade para os usuários. O modelo iniciou sua organização com a presença de 1 médico para cada 1.200 a 2.000 habitantes maiores de 14 anos, incorporando outros profissionais de saúde nas EAP, tais como: enfermeiras, técnicos/auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos, parteiras (matronas), assistentes sociais e vigias, conforme disponibilidade orçamentária, tamanho e necessidades da população adscrita. Além disso, os Centros de Saúde previam Unidades de Apoio compostas por odontólogos, fisioterapeutas, psicólogos e a enfermeira de saúde mental, especialistas de Unidades de

Saúde Mental, Planejamento Familiar e Reabilitação. Ademais, podem estar presentes veterinários e farmacêuticos nas EAP (O'SHANAHAN JUAN, 1995).

As funções assistenciais e de atenção continuada foram organizadas em redes coordenadas em cada Área de Saúde, que devem contar com ao menos um hospital no território de referência para internação e assistência especializada; além disso, as atividades de promoção e de prevenção da saúde são ações das equipes nas Zonas Básicas. A organização das atividades seguiu um padrão pouco variável entre as CCAA, sendo realizado agendamento telefônico/digital para as consultas médicas de demanda, além das consultas programadas aos usuários portadores de doenças crônicas, as consultas de enfermagem e visitas domiciliares conforme necessidade dos usuários. Nos Centros de Saúde, também foi prevista uma unidade de atenção geral para atendimento das emergências, bem como pequenas enfermarias para realização dos tratamentos e coleta de exames laboratoriais. Ações educativas ocorreram para usuários conforme disponibilidade dos profissionais e necessidades epidemiológicas na ZBS (O'SHANAHAN JUAN, 1995).

Na Ley General de Sanidad, é prevista regulamentação dos profissionais de saúde através de Estatuto-Marco (instrumento jurídico único nacional de regulamentação dos trabalhadores estatutários da saúde) que contenha as normas básicas de classificação, seleção, provisão de postos de trabalho e situações, direitos, deveres, regime disciplinar, incompatibilidades e sistema de pagamentos com a garantia de estabilidade no emprego e de categoria profissional (ESPAÑA, 1986).

O regime de trabalho se deu, posteriormente, com a média de 37,5 horas semanais, mais os plantões que as equipes devem cumprir. Os médicos deveriam ter dedicação exclusiva e sua remuneração varia de acordo com as características da Zona Básica, da população e dos plantões realizados. Ademais, parte da remuneração corresponde à captação de usuários na cota dos médicos a partir da livre escolha da Área da Saúde, condição que reforça em alguma medida a manutenção do modelo de atenção mais biomédico e de medicalização (O'SHANAHAN JUAN, 1995).

O desenvolvimento dos sistemas de informação para controle da produção dos serviços avançou mais que os de monitoramento dos indicadores da vigilância da saúde. E a Carteira de Serviços surgiu para cumprir um papel de uniformização da linguagem e de ordenação das atividades das EAP, estabelecendo serviços mínimos e acordos para metas anuais (O'SHANAHAN JUAN, 1995). Nas Áreas de Saúde, foram formuladas estratégias para os serviços a partir de critérios de eficiência, efetividade e utilidade social adaptados às EAP. Neste sentido, mais parecia que estavam, de acordo com O'shanahan Juan (1995, p.

163) “[...] preparando-se para competir no mercado da oferta e demanda de serviços com o resto do setor público e outros provedores privados.” Para Gervás et al., (2005), ainda que a Carteira de Serviços pudesse ser um instrumento que viria a contribuir na definição do número de profissionais de acordo com as demandas de serviço, serviu efetivamente para introduzir um sistema de remuneração variável por cumprimento de metas pactuadas com a gestão. Além disso, promoveu distorções em relação às prioridades de atenção e registros diferenciados do que se é feito em prática.

Conforme Pereira et al. (2015), a descentralização administrativa das políticas de saúde inicia-se com a transferência da gestão dos centros de saúde e serviços específicos na década de 1980, se encerrando com a transferência dos equipamentos, trabalhadores e rede de serviços do INSALUD, em 2002, para as CCAA. Para os autores, é possível observar muito poder político e administrativo na gestão da saúde pelas CCAA, o que viabilizou a organização da rede de atenção e integração efetiva dos estabelecimentos nos seus respectivos SRS, reduzindo a responsabilidade dos municípios e províncias. Estes responsabilizam-se pelo fornecimento de outros serviços públicos relacionados ao abastecimento de água, saneamento, coleta e tratamento de lixo, entre outros (BORGES; FERNÁNDEZ; CAMPOS, 2018; PEREIRA et al., 2015).

A coordenação das ações pelo Ministério da Saúde no âmbito nacional se dá principalmente através da definição e negociação de diretrizes políticas para aprovação de fármacos, formação de especialistas e na definição da Carteira de Serviços comum para todas as CCAA. Neste sentido, a Ley de Cohesión y calidad nº 16/2003 (ESPAÑA, 2003a) veio a definir os critérios e elementos comuns na prestação de serviços, determinando seu conteúdo e as garantias para seu desenvolvimento com qualidade, equidade e participação social de maneira mais homogênea no território nacional, sendo a Carteira de Serviços passível de alteração e atualização, conforme necessidades de saúde e avanços tecnológicos no setor, objeto de regulamentação específica (ESPAÑA, 2003a).

Ademais, o Ministério da Saúde espanhol é responsável pela condução das políticas e diretrizes no âmbito das competências internacionais junto a outros países. Desta forma, a atuação do governo central espanhol na gestão da saúde é um desafio, visto a complexidade de mediação das relações internacionais, nacionais e entre as CCAA para coordenação dos serviços no território nacional (PEREIRA et al., 2015).

O período de implementação da Ley General de Salud coincide com a entrada do país na União Europeia (UE), o que implicou adesão a tratados e estabelecimentos de compromissos políticos e econômicos. Conforme Guimarães e Freire (2007), no setor

sanitário, as medidas da UE repercutem em temas relacionados à proteção à saúde e circulação entre as fronteiras dos países europeus e, de maneira indireta, no entanto com forte impacto, através das políticas econômicas de mercado interno. Tal impacto se deu tal como no Tratado de Maastricht, em 1992, e, posteriormente, em 2000, na Estratégia de Lisboa, a qual renova a meta europeia de: “[...] crecimiento económico sostenible con cohesión social, siendo la salud objeto específico por considerarse que tiene impacto positivo en el crecimiento económico.” (EUROPEAN COMMISSION, 2005 apud GUIMARÃES; FREIRE, 2007 p. 145)

Há comissões e departamentos relacionados ao setor saúde no interior da UE que, se por um lado buscam manter um alto nível de padrão de proteção e promoção da saúde nos Estados Membros através de políticas que atuem positivamente nos determinantes de saúde, por outro, as competências caminham baseadas em estratégias de inovação, produtividade e qualidade das ações com manutenção da sustentabilidade financeira. A transposição das normativas sanitárias da UE está relacionada a garantias dos direitos individuais de consumidores e à proteção da saúde pública. refletindo nos países em temas como: mobilidade dos profissionais, regulamentação de equipes e medicamentos, regras para contratação pública e garantias de prestação de serviços a turistas e trabalhadores da Comunidade Europeia (GUIMARÃES; FREIRE, 2007).

Todavia, no âmbito da política econômica, os pactos da UE vão incidir, exigindo o cumprimento de regras no mercado interior, como as de restrições macroeconômicas em conjunturas de crise e ajuste fiscal. Estes pactos acabam por manifestar contradições na conciliação dos objetivos econômicos e sociais. Neste segmento, o Tratado de Maastricht, em 1992, previa, entre outros compromissos, a redução do *déficit* público em até 3% do PIB, o que afetou a disputa de recursos na administração pública, entre eles, o da saúde. Entretanto, a estruturação das conquistas para a saúde seguia se desenvolvendo, apesar da redução do crescimento do orçamento a partir de 1994 (O’SHANAHAN JUAN, 1995). Entretanto, de acordo com Navarro (2013), a entrada da Espanha na zona do euro aconteceu praticamente às custas do Estado de Bem-Estar Social, considerando que, no Pacto de Estabilidade da UE, a redução do *déficit* público não se deu por causa do aumento da arrecadação de impostos, mas, principalmente, pelo corte de gastos com as políticas públicas sociais.

Neste período, a câmara de deputados da Espanha constituiu uma comissão de especialistas para revisão do SNS e adaptação do sistema “às tendências europeias”, que foram responsáveis pela confecção de um relatório, tal como o relatório Griffith no Reino Unido. O relatório de *Abril Martorell* apresentou recomendações para uma contrarreforma

Sanitária espanhola, sob a justificativa de resolução dos problemas de “centralização de burocratização dos serviços sanitários”, entre outras medidas. (NAVARRO, 1991 apud O’SHANAHAN JUAN, 1995).

O *Informe Abril*, elaborado por comissão parlamentar presidida pelo presidente do Banco Central Espanhol, Fernando Abril Martorell, em 1991, apontava como recomendação diversas estratégias de privatização dos serviços públicos de saúde, incluindo os serviços de Atenção Primária e propostas de estabelecimento de Contratos de Gestão descentralizados por CCAA e por Centro de Saúde (MORA, 2015; MORELL, 2001). As medidas do *Informe Abril* seguiram três eixos: **organização** (separação entre financiamento e gestão: repasse da administração das unidades de saúde para entidades da sociedade civil de direito privado, estabelecimento de incentivos e retribuições por desempenho dos profissionais de saúde); **gestão** (estabelecer métodos de avaliação por produtos, medidas de produção dos serviços); e **financiamento** (orçamento geral do estado com contribuições da seguridade social, separação entre contribuições básicas e complementares; e sistema de copagamento dos usuários nas medicações fornecidas) (MORA, 2015).

O informe gerou forte repercussão e resistência organizada por partidos de esquerda, associação de moradores, profissionais de saúde e sindicatos no período. Na época, foram criadas as Plataformas de Defesa da Saúde Pública e o SOS Sanidad Pública, que agrupam forças políticas, sindicais, sociais, moradores e profissionais em defesa da saúde pública. Estas plataformas de defesa da saúde pública foram desenvolvidas a partir das tentativas de privatização nas CCAA, como ocorrera em Galícia, com a tentativa de implantação de fundações sanitárias de direito privado (BAYLE; RUIZ, 2014)

A resistência por atores ligados à Atenção Primária refletiu-se no aumento da produção teórica sobre gestão sanitária pública de qualidade. Nos serviços, se deu pela persistência na manutenção da perspectiva comunitária de atuação, conforme Alma-Ata. Entretanto, muitas das propostas, que não foram aceitas anteriormente, podem ser identificadas em modificações graduais que foram se realizando nos SRS, a partir da década de 1990 (MORA, 2015).

De acordo com Borges, Fernández e Campos (2018), assim como na América Latina, os países do sul da Europa foram submetidos aos Ajustes Estruturais do FMI e do Banco Central Europeu, com foco principal nos cortes de gastos públicos e aumento da arrecadação tributária regressiva, para administração da balança comercial no cenário internacional na década de 1990. Na Espanha, as reformas neoliberais, embora não tenham conseguido dismantelar o SNS, abriram terreno maior para privatização da sua estrutura, que se

desenvolveu de forma variada, conforme caráter político mais ou menos conservador de cada governo das CCAA (BORGES; FERNÁNDEZ; CAMPOS, 2018).

Nestes termos, destacam-se a aprovação do Real Decreto-ley nº 10/1996 que deu caráter legal para experiências de gestão indireta nos serviços públicos do INSALUD, incluindo a permissão de mudança da personalidade jurídica de todos os centros sanitários, e da Ley nº 15/1997 sobre novos formatos de gestão na saúde, organizados de diversas formas: fundações, empresas públicas, concessões administrativas e/ou de serviços para associações profissionais, consórcios, entre outros (GONZÁLEZ, 2013; SÁNCHEZ BAYLE, 2008). No entanto, além da firme resistência de trabalhadores, especialistas e população, a adoção da gestão indireta no aparato público nos SRS, de acordo com González (2013, p. 46, grifo nosso):

[...] todas las experiencias de nuevas formas de gestión de la asistencia sanitaria pública se llevaron a cabo en instituciones de nueva creación, sin que ninguna Administración abordara la transformación de las instituciones preexistentes del **Sistema Nacional de Salud, debido posiblemente a las dificultades que a tal fin plantearía su reconversión en diversos apartados, entre ellos el régimen estatutario del personal sanitario.** Precisamente por ello, se crearon las fundaciones públicas sanitarias en el artículo 111 de la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de Medidas Fiscales, Administrativas y del Orden Social, que suponían una adaptación de las entidades públicas empresariales previstas en la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado (en adelante, LOFAGE) a las necesidades de las instituciones sanitarias públicas existentes, que así configuradas disponen de mayor flexibilidad en cuanto al régimen jurídico de su personal.

Segundo Gervás et al., (2005), entre 1996 e 2004¹¹³, no governo do Partido Popular (PP), foram criadas diversas estratégias de racionalização, incentivo ao mercado interno da saúde, mecanismos de gestão privada no setor público. O gasto com a saúde pública na Espanha foi um dos menores no grupo da UE-15 entre 1992 e 2002, reduzindo para 5,6% do PIB, enquanto houve um aumento sensível no gasto com a saúde privada que passou de 1,6% em 1992, para 2,2% do PIB em 2002. Era ainda visível o aumento do gasto farmacêutico de 16,8% em 1990 para 20,9% em 2001 do gasto sanitário total, ao passo que se observava a diminuição relativa do gasto com profissionais de saúde, que, de 50,81% em 1992, passou para 43,71% e uma estabilização dos custos com investimentos de 3,38%, em 1992, e 3,86%, em 2000. Ademais, era possível identificar a persistência dos seguintes problemas até 2004:

(...) la falta de equidad en la distribución de recursos y en los niveles de salud entre colectivos y regiones, el rápido incremento del gasto, la ineficiencia del sistema sanitario, las variaciones mal entendidas de la actividad clínica y de sus costes

¹¹³ Cabe ressaltar que, neste período, fora realizada a atualização do *Estatuto Marco* dos trabalhadores da saúde, a partir da Ley nº 55/2003, com fins de adequar as necessidades de organização territorial e política espanhola nas diferentes CCAA e estabelecer um novo modelo de relações laborais dos trabalhadores estatutários com os respectivos SRS (ESPAÑA, 2003b).

unitarios, la falta de coordinación entre niveles asistenciales (primaria y especializada), el atractivo de especialistas y de su tecnología, frente al escaso interés e incluso rechazo de la AP [Atención Primaria], el crecimiento de las listas de espera para diagnóstico y tratamiento, con los especialistas en ambulatorio y hospitales e incluso con los médicos de familia en los centros de salud, el impacto marginal de los incrementos del gasto en la mejora de la salud de la población, el aumento de la intensidad de actividades diagnósticas y terapéuticas por episodio atendido, la medicalización creciente de problemas sociales y hasta de la vida diaria, la insatisfacción ciudadana por la impersonalidad y el burocratismo en la provisión de los servicios, la conversión de la oferta sanitaria en un bien de consumo. (GERVÁS et al., 2005, p.24-25)

Na Atenção Primária, pode-se perceber que, ainda com dificuldades e diferenças temporais na implementação das reformas sanitária e da Atenção Primária entre as CCAA, a cobertura dos serviços ampliou para quase 100% no período. Notou-se também o aumento do aparato gerencial para a Atenção Primária nas CCAA, para impulso da transformação administrativa pós-descentralização dos SRS, contudo este se desenvolveu sob forte influência política e mais por pressão das gerências sanitárias que pela demanda das necessidades de saúde da população (GERVÁS et al., 2005). Além disso, seria institucionalizada a Carteira de Serviços no Real Decreto-ley nº 1030/2006, com nove blocos¹¹⁴ de atenção mínima para todos os SRS, podendo ser agregados outros serviços, conforme capacidade financeira das CCAA e necessidades de saúde nos respectivos territórios (ESPAÑA, 2006).

Nas Áreas de Saúde, formularam-se estratégias para os serviços com base em critérios de eficiência, efetividade e utilidade social adaptados às EAP. Gervás et al. (2005) sinalizam que a partir desta estratégia, introduziu-se o sistema de remuneração variável por cumprimento de metas, com muito peso dado ao racionalismo econômico. Por outro lado, observava-se a persistência de lógicas de organização e assistência ligadas ao modelo anterior de Atenção Primária (integração dos “médicos de cabeceira” urbanos e rurais). Tal problema agravava-se, diante das dificuldades relacionadas à atratividade na formação e incorporação de vagas específicas para especialistas em Saúde da Família e Comunidade, tanto de médicos como de enfermeiras. Além disso, alguns aspectos, como a falta de medidas para alívio das consultas clínicas (crônicas e agudas), dificultaram o processo de trabalho em equipe e o trabalho de coordenação de cuidado (GERVÁS et al., 2005).

¹¹⁴ Atenção sanitária a partir da assistência programada, demanda e urgência nos Centros de Saúde ou domicílio; indicação, prescrição e realização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos; prevenção, promoção e atenção familiar e comunitária; informação e vigilância epidemiológica; reabilitação básica; serviços específicos a grupos populacionais (crianças, mulheres, adultos, idosos, grupos de risco e crônicos); cuidados paliativos a usuários com doenças terminais; atenção à saúde mental em coordenação com serviços especializados e atenção à saúde bucal.

O ano de 2005 foi marcado por intensas discussões em relação ao gasto sanitário na Espanha, sendo o foco do debate político na Conferência de Presidentes, local onde se discutem as pautas orçamentárias para as CCAA¹¹⁵. Os compromissos estabelecidos pelas autoridades sanitárias são permeados pela racionalização do gasto em saúde, os quais são assim resumidos por Garrido (2006) em sete pontos: 1) Melhoria do sistema de compra (centralização e homogeneização em cada CCAA); 2) Medidas para assegurar a qualidade e uso racional e informado de medicamentos; 3) Esforços para garantir máxima eficácia de políticas de prevenção; 4) Avaliação das tecnologias sanitárias em questões relacionadas à segurança, eficiência e efetividade dos procedimentos, melhorar evidências científicas para uso racional de tecnologias diagnósticas e terapêuticas; 6) Consolidação de mecanismos de incentivos aos profissionais de saúde para aumentar a qualidade assistencial e responsabilização pelo gasto sanitário; 7) Aumentar recursos para Atenção Primária e incrementar sua capacidade resolutiva; 8) Aprimorar sistemas de informação para acompanhamento das demandas, necessidades, atividades e resultados, utilização de recursos e custos.

Em 2005, na 2ª Conferência de Presidentes das CCAA, entre os acordos estabelecidos pelos governos, foi indicada como demanda a “necessidade de aumentar os recursos e capacidade de resolução da Atenção Primária.” (ESPAÑA, 2007a, p. 26, tradução livre). E em 2006, foi aprovado o Marco Estratégico para Melhora da Atenção Primária na Espanha no período de 2007-2012, denominado *Proyecto AP-21*. Considerando as definições de oferta de serviços e funções básicas da Atenção Primária, o documento-diagnóstico da situação faz referência às principais temáticas e a um conjunto de 44 estratégias (Quadro 22) para a “modernização” da Atenção Primária (ESPAÑA, 2007a).

O documento descreve quatro funções da Atenção Primária: a) Atenção direta (atenção a pessoas com problemas de saúde em geral, podendo ser serviços assistenciais, desenvolvidos por profissionais de saúde, ou não assistenciais, trabalhadores administrativos e sociais); b) Relação com a comunidade (atividades de intervenção comunitária e de educação em saúde); c) Docência e investigação (preceptoria de graduação e residência da saúde e

¹¹⁵ De acordo com Garrido (2006), considerando a recém descentralização financeira no período (2002) do sistema de saúde para as CCAA, os presidentes das respectivas administrações sinalizavam que cerca de 1/3 do orçamento era consumido pelo “gasto sanitário”, sendo uma das pautas mais importantes na 2ª Conferência de Presidentes em 2005. A autora sinaliza que a pauta é atravessada por interesses internos e externos nos debates sobre o financiamento em saúde. O Reino Unido aprofundava suas reformas mais estruturais; além disso, o período também é marcado pela reforma territorial na Catalunha, que desembocaria em um novo modelo de financiamento autônomo. Ademais, o envelhecimento populacional e maior demanda por serviços de saúde se fazia acompanhada do aumento da população imigrante em situação informal de trabalho, menor arrecadação tributária.

educação continuada); d) Organização e gestão (orientação da atenção e serviços voltados aos usuários e organização e gestão do trabalho interno) (ESPAÑA, 2007a).

O Projeto para a Atenção Primária no século XXI espanhol tinha como objetivo propor uma visão de inovação da Atenção Primária adaptável para os diferentes contextos das CCAA. Todavia, os marcos legais que definem o conceito e os serviços ofertados na Atenção Primária se encontram no Real Decreto 63/1995, atualizado pela Ley 16/2003 de *cohesión y calidad*:

1. La atención primaria es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social. 2. La atención primaria comprenderá: a) La asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente tanto en la consulta como en el domicilio del enfermo. b) La indicación o prescripción y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. c) Las actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria. d) Las actividades de información y vigilancia en la protección de la salud. e) La rehabilitación básica. f) Las atenciones y servicios específicos relativos a las mujeres, que específicamente incluirán la detección y tratamiento de las situaciones de violencia de género; la infancia; la adolescencia; los adultos; la tercera edad; los grupos de riesgo y los enfermos crónicos. g) La atención paliativa a enfermos terminales. h) La atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada. i) La atención a la salud bucodental. (ESPAÑA, 2003a, p. 19-20)

Quadro 22 – Estratégias para melhoria da Atenção Primária 2007-2012 no *Proyecto AP-21* Espanha (continua)

Diretrizes	Estratégias
Qualidade dos Serviços Orientados ao Cidadãos	Potencializar a transformação da Atenção Primária em Agência de Saúde dos cidadãos
	Orientar a organização dos serviços para melhora da acessibilidade
	Adequação de Recursos Humanos e gestão da organização de consultas para atenção adequada, garantindo ausência de listas de espera
	Integrar unidades administrativas na estrutura organizacional das Equipes de Atenção Primária
	Fortalecer a imagem da Atenção Primária de qualidade, de confiança e resolutivo dos problemas de saúde dos cidadãos
	Estimular a participação dos cidadãos no sistema sanitário e de Atenção Primária
	Potencializar a autonomia dos cidadãos e capacidade de decidir sobre sua saúde
	Desenvolver atuação que promova o autocuidado, modificando a medicalização excessiva da prática sanitária
	Otimização da carteira de serviços para melhorar resposta às necessidades de saúde da população
	Potencializar atividades de promoção e prevenção da saúde
Potencializar qualidade da atenção nas equipes de Atenção Primária rural	

Quadro 22 – Estratégias para melhoria da Atenção Primária 2007-2012 no *Proyecto AP-21* Espanha (conclusão)

Diretrizes	Estratégias
Efetividade e Resolução	Viabilizar acesso a provas diagnósticas na área sanitária aos médicos da Atenção Primária
	Melhorar TIC ¹¹⁶ na Atenção Primária
	Melhorar efetividade dos procedimentos administrativos desenvolvidos pelos profissionais de saúde
	Promover efetividade da atenção às doenças crônicas
	Estimular elaboração e implantação de diretrizes clínicas e intercâmbios de “boas práticas” para generalização no sistema sanitário
	Estimular uso racional e de qualidade dos medicamentos
	Promover avaliação e difusão dos resultados em saúde
	Promover sistema de referência de medição de resultados de saúde orientado aos profissionais e à população
Continuidade Assistencial	Estimular mudanças nas organizações da Atenção Primária e Especializada que favorecem a continuidade assistencial
	Potencializar a comunicação e coordenação entre Atenção Primária e Especializada
	Incentivar a gestão dos processos assistenciais integrados entre Atenção Primária e Especializada
	Potencializar a coordenação das atuações realizadas a partir da Atenção Primária e Saúde Pública
	Estimular modelos resolutivos de Atenção Continuada/ Urgências na Atenção Primária que gerem confiança nos cidadãos
	Fomentar o desenvolvimento de ações comunitárias
	Potencializar as atividades de atenção domiciliar e a implicação de profissionais na atenção a pessoas com problemas de dependência
	Melhorar coordenação entre serviços sanitários e serviços sociais
Participação e Desenvolvimento Profissional	Favorecer formação continuada e atividade docente das equipes de Atenção Primária
	Estimular o desenvolvimento de atividades de investigação nas equipes de Atenção Primária
	Aumentar a motivação dos profissionais para melhorar o ambiente laboral
	Estimular o trabalho das equipes de Atenção Primária em comunidades com maior risco social e sanitário
	Promover a avaliação das competências profissionais e da qualidade dos centros
Eficiência, gestão e organização	Generalizar um modelo de qualidade total que incida em todas as estruturas dos sistemas sanitários
	Incentivar o planejamento sanitário baseado nas necessidades de saúde, com a participação dos profissionais de saúde e cidadãos
	Incentivar contratos / planos de gestão fundamentados nos planos de saúde e nos objetivos da política sanitária
	Potencializar a vinculação de recurso relacionada com o nível de oferta de serviços estabelecida no planejamento sanitário
	Estimular a liderança na organização como ferramenta fundamental para a Atenção Primária de qualidade
	Potencializar as estruturas de direção das áreas de saúde
	Estimular os órgãos de governo nas áreas de saúde com representação dos profissionais e cidadãos
	Aumentar a descentralização da gestão nos centros de saúde para melhorar os resultados
	Adaptar o modelo organizacional e funcional da equipe de Atenção Primária às necessidades de saúde dos cidadãos e à oferta de serviços, assegurando sua gestão no marco do sistema sanitário público
	Consolidar e fortalecer o trabalho em equipe na Atenção Primária
	Estimular o trabalho conjunto entre médicos de família, pediatras e enfermeiras
	Estimular os sistemas de informação em saúde

Fonte: ESPAÑA (2007a, tradução livre)

¹¹⁶ O propósito da estratégia de melhoria das TIC na Atenção Primária está relacionado à melhoria do acesso, gestão e comunicação por meio da *historia clínica* (prontuário eletrônico) com as informações dos usuários. A *Historia Clínica Digital* foi estabelecida em 2006, através do *Plan Avanza* de 2006-2010 em uma articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Indústria, Turismo e Comércio através da empresa pública *Red.es* (empresa responsável pelos processos de digitalização nos serviços públicos da Espanha, a qual conta com financiamento de fundos europeus para expansão da modernização digital na União Europeia). Consta do Plano de Qualidade de 2006 a 2010 a estratégia 11: *Sanidad em linea* para generalização do uso de tecnologia na saúde: sistema de identificação do usuário (*Tarjeta sanitaria individual*), prontuário eletrônico (*Historia Clínica Individual*), prestação farmacêutica (prescrição, visto e dispensação de medicamentos e insumos aos usuários), agendamento de consultas na Atenção Primária da área de saúde (*telecita*) e realização de diagnósticos e tratamentos à distância (telemedicina) (ESPAÑA, 2009). O conjunto de dados mínimos estabelecidos para registro no prontuário eletrônico é definido pelo Real Decreto 1093/2010, constando registros específicos do atendimento médico e da enfermagem. Este último é pautado nas classificações elaboradas pela *American Nurses Association* (ANA) do processo de enfermagem com base no raciocínio clínico para ações da enfermeira. É composto por classificação diagnóstica da *North American Diagnosis Association* (NANDA), intervenções *Nursing Intervention Classification* (NIC) e resultados *Nursing Outcomes Classification* (NOC).

As dificuldades relacionadas à integração e coordenação da rede de atenção, prevenção e promoção da saúde nos cuidados realizados, definição de atribuições no trabalho em equipe, compartilhamento e integralidade do cuidado e “flexibilidade” nos serviços para atender às demandas de grupos populacionais e condições de saúde diversas estão levantadas no diagnóstico da situação da Atenção Primária no período (ESPAÑA, 2007a).

O trabalho da equipe multidisciplinar deve garantir as funções da porta de entrada e coordenação do cuidado na Atenção Primária, atuando de forma compartilhada por meio de critérios de eficácia e eficiência como “gestores de casos” e “coordenadores” do caminho do usuário na rede de atenção. As atribuições das equipes são: gestão da atenção, coordenação do cuidado e da rede de serviços, atenção e participação comunitária, vigilância epidemiológica, investigação, formação e docência, registros de atividades, informação da organização dos serviços, gestão eficiente de recursos, de documentação administrativa, dos afastamentos laborais e da qualidade (ESPAÑA, 2007a).

As estratégias foram elaboradas a partir de discussões entre representantes especialistas, sociedades científicas, associações profissionais e de usuários, sendo agrupadas em cinco grandes conjuntos melhoria: qualidade dos serviços orientada aos cidadãos; efetividade e resolução; continuidade assistencial; participação e desenvolvimento profissional; e eficiência, gestão e organização. Três objetivos são postos como centrais: a qualidade, a resolutividade e a continuidade da assistência (ESPAÑA, 2007a).

No que diz respeito à participação dos usuários, o documento aponta a necessidade de reforçar a transparência nas informações assistenciais, corresponsabilização e autonomia dos usuários. Ressalta a importância de recolher informações sobre avaliação dos atendimentos, expectativas e necessidades dos usuários para adaptação e garantia da satisfação com o serviço prestado. Neste sentido, corrobora para a abordagem “centrada na pessoa”, indicando a consideração às percepções e experiências subjetivas e adequação da atenção individual às expectativas dos usuários. Reforça a importância da prevenção e promoção da saúde para mudança nos estilos de vida e criação de hábitos saudáveis, considerando, sobretudo, a capacitação dos usuários para autocuidado e autonomia. A construção de dispositivos que favoreçam a orientação permanente às necessidades e expectativas dos usuários na oferta de serviços é central para o atendimento da demanda e análise da qualidade (ESPAÑA, 2007a).

En los servicios que tienen como objetivo la calidad, el «cliente» es considerado como el centro del servicio que se presta desde la organización. Más allá de la diferente denominación que se adopte: cliente, usuario, beneficiario, ciudadano, paciente, etc., y siguiendo la definición de La Mata: «el enfoque de cliente quiere decir que nos pongamos en el punto de vista del paciente y nos preguntemos como esperaría ser tratado. El enfoque del cliente reivindica una personalización de la

asistencia y una atención libre de paternalismo y cargada de corresponsabilización». (ESPAÑA, 2007a, p. 178)

Na proposta de modernização da Atenção Primária do *Proyecto AP-21*, é importante destacar a relevância dada à abordagem da participação dos cidadãos, da qualidade dos serviços e da gestão clínica junto aos profissionais. As diretrizes clínicas são um dos principais instrumentos para medição dos resultados em saúde e avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária. A criação da “cultura da qualidade” é apontada como ferramenta para a melhoria das atividades nos serviços, construção de modelos de qualidade, incentivos a gestores locais e equipes, desburocratização dos registros, vinculação adequada de recursos, formação dos profissionais. O desenvolvimento dos sistemas de informação e TIC são também indicados como questões a serem aperfeiçoadas no documento (ESPAÑA, 2007a).

A formação e adaptação continuada dos profissionais de saúde aos novos conhecimentos produzidos, as necessidades de saúde e demandas de atendimento são associadas a incentivos de melhoria do desempenho dos trabalhadores, tais como: Critérios de avaliação e certificação de excelência de periódicos junto aos profissionais através de provas específicas relacionadas à atuação clínica (habilidades técnicas, comunicação, manejo diagnóstico-terapêutico e identificação de situações clínicas menos comuns); portfólios (compilação de documentos que demonstrem desenvolvimento profissional); análise da carreira profissional e procedimentos de avaliação da prática profissional e “**contratos de gestão**” entre **gestão e profissionais** na Atenção Primária. Isto é, estabelecimento de metas e objetivos para melhorar resultados de saúde para a população, criação de critérios e indicadores para avaliação do desempenho dos profissionais e acreditação de serviços (ESPAÑA, 2007a).

De acordo com o documento para a seleção de profissionais na Atenção Primária, estabelecimento de concursos públicos, análise de títulos, criação de carreira e reconhecimento de méritos, são as opções mais valorizadas pelos profissionais. Em contraponto, há ampla resistência à submissão de processos de “revisão da qualificação” por desconfiança na utilização dos resultados e desmotivação com a avaliação restrita aos itens da carteira de serviços. A carreira profissional é tratada nas leis promulgadas em 2003: Ley de calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, Ley de Ordenación Profesional (LOPES) e Estatuto Marco del personal estatutário de los servicios de salud.

Em rápida explanação dessas leis, temos que, em se tratando do desenvolvimento profissional, a Ley de calidad y cohesión prevê, além do desenvolvimento da carreira, a formação continuada e a avaliação de

competências. Esta última pode ser realizada por meio de entidades científicas ou profissionais, ou agências autorizadas, por meio de avaliação externa. Ademais, é prevista, na mesma lei, a criação de Agência de qualidade para gestão de elementos da infraestrutura, assim como de Planos de qualidade conforme prioridades estabelecidas pelo SNS, avaliação externa periódica da qualidade e segurança e acreditação dos serviços de saúde por meio de auditorias nas instituições públicas e privadas de saúde (ESPAÑA, 2003a). O Plano de Qualidade do SNS é estruturado por seis eixos: saúde e prevenção, equidade, recursos humanos, excelência clínica, tecnologias da informação e transparência. Vale destacar que o plano considera a planificação e o desenvolvimento profissional para ampliação da capacidade do sistema, indicando a melhoria dos sistemas de informação sobre recursos humanos, levantamento da necessidade de especialistas e apoio a unidades de formação em saúde para atender aos objetivos do SNS (ESPAÑA, 2009).

Já a Ley 44/2003 estabelece as regulações básicas para exercício, estrutura de formação e desenvolvimento profissional de todas as profissões de saúde no SNS, tais como: definição das profissões por grau de formação (graduação e pós-graduação, formação profissional níveis superior e médio), relações interprofissionais e trabalho em equipe, gestão da clínica e avaliação de desempenho nas organizações sanitárias, formação continuada e de especialistas, reconhecimento do desenvolvimento profissional (carreira de estado) e direção nas unidades de saúde (ESPAÑA, 2003c; PÉREZ GÓMEZ; PÉREZ LÓPEZ, 2005).

O estatuto marco do pessoal sanitário estatutário – fixo e temporário (interino, eventual ou substituto) – previsto na Ley General de Salud estabeleceu que todos os trabalhadores do sistema (incluindo profissionais de saúde e trabalhadores não sanitários) seriam regidos por um **Estatuto de carácter Nacional**. Sendo assim, as normas das CCAA devem ajustar-se ao estatuto sem prejuízos à sua autonomia para adaptações necessárias nos processos seletivos. A Ley 55/2003 estabelece o estatuto dos servidores públicos da saúde em que constam: normas gerais para os trabalhadores de saúde, classificação do pessoal estatutário, planificação e ordenação do pessoal, direitos e deveres, aquisição e perda da condição de pessoal estatutário fixo, provisão das vagas, seleção e promoção interna, mobilidade do pessoal, carreira profissional, regimes de retribuição, jornada de trabalho (150h por ano), afastamentos e licenças, situações do pessoal estatutário, regime disciplinar, incompatibilidades, representação, participação e negociação coletiva (ESPAÑA, 2003b).

Desse modo, são reconhecidos, sobretudo, o tempo de trabalho e a trajetória individual voluntária de qualificação dos trabalhadores estatutários. Cabe ressaltar que, entre as estratégias do referido documento, é apontada a necessária adequação do número e distribuição de profissionais para garantir prestação de serviços de qualidade (ESPAÑA, 2007a).

A melhora da qualidade¹¹⁷ está relacionada ao desempenho do trabalho em equipe, favorecendo resultados em saúde, otimização dos recursos e satisfação dos usuários com os

¹¹⁷ Os modelos de gestão da qualidade na Atenção Primária descritos pelo *Proyecto AP-21* inspiraram-se nas práticas de organização gerencial do trabalho com base nos ciclos *Plan-Do-Check-Act or Adjust* (PDCA) e gestão por processos. Contam, sobretudo, com importante influência dos modelos de gestão aplicados em setores industriais e serviços privados. São exemplos de modelos de avaliação de qualidade aplicados na saúde: acreditação da qualidade clínica do *Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), organização não governamental norte-americana, certificação ISO e/ou do modelo de excelência de qualidade total *European Foundation for Quality Management* (EFQM) (SANIDAD, 2007). Os modelos de Gestão da

serviços prestados. Duas questões estratégicas para o desempenho são indicadas: o desenvolvimento organizacional e a gestão da clínica. Na primeira, ressalta-se a importância da participação ativa dos profissionais, criação de ambiente de trabalho favorável, “estilo de liderança”, coesão da equipe e satisfação profissional. Na última, trata-se de adequar (disciplinar?) o trabalho em equipe aos objetivos do sistema de saúde, relacionados, sobretudo, à racionalidade econômica, às diretrizes clínicas e ao estímulo à responsabilização dos profissionais pelos resultados em saúde e satisfação dos usuários. Para a aferição dos resultados, é indicada a medição rotineira a partir de indicadores de gastos, clínicos e de satisfação do usuário (ESPAÑA, 2007a).

É interessante observar que, à medida que o plano foi descentralizado para sua contextualização nas diferentes CCAA, foram se desenvolvendo grupos de trabalho nos respectivos SRS, contando com representação sindical¹¹⁸ na discussão sobre as propostas para melhorias na Atenção Primária. Segundo García (2010), esta movimentação política proporcionou a entrada da melhoria da Atenção Primária na agenda de profissionais, mídia e opinião pública e nos governos e gestões dos SRS, agrupou um conjunto de demandas de melhorias das condições de trabalho junto a outros problemas a serem enfrentados nos serviços e se tornou um ponto de pressão política para a implementação de melhorias nos respectivos SRS. Desta forma, ainda que as propostas de melhoria incluam vasta gama de estratégias para aumento do desempenho dos profissionais, não deixa de reivindicar a necessária recomposição do número de profissionais, condições de trabalho e aumento do investimento orçamentário para a Atenção Primária.

Na mesma 2ª Conferência de Presidentes em 2005, a questão do investimento na qualidade se apresentou como um dos principais acordos entre as autoridades das CCAA, com repasse de cerca de 50 milhões de euros para pôr em marcha o Plano de Qualidade para o SNS (2006-2010). Tal plano foi aprovado no Conselho de Interterritorial em 2010, já em meio à aguda conjuntura da crise capitalista e na insuficiência orçamentária (MARTÍN;

Qualidade Total (TQM – sigla em inglês) têm como duplo objetivo produzir “resultados” e reduzir custos. Uma das principais ferramentas utilizadas neste modelo é a do *benchmarking*.

¹¹⁸ De acordo com García (2010), o desencadear do *Proyecto AP-21* foi permeado por pressão política de profissionais da Atenção Primária que reivindicavam melhores condições de trabalho para atender com qualidade os usuários do SNS. A organização política de profissionais da Atenção Primária promoveu greves e mobilizações para reivindicação de melhorias nas condições de trabalho para garantir a qualidade da atenção. “El descontento profesional favoreció la aparición de un movimiento organizado, la ‘Plataforma 10 minutos’, que condensaba muchas de las quejas del sector en un slogan: disponer de al menos diez minutos para atender a cada paciente, porque la saturación asistencial, la masificación, estaba haciendo difícilmente soportable, desde el punto de vista científico y ético, mantener una calidad suficiente, por falta de tiempo y medios, por exceso de burocracia, por carencia de medios diagnósticos, etc...” (RUANE; BAYLE; GURUCELAIN, 2013, p.75-76)

GONZÁLEZ, 2011) É composto de medidas para garantia da qualidade do sistema de saúde em seis áreas de atuação (ESPAÑA, 2009), conforme mostrado no Quadro 23.

Quadro 23 – Áreas de atuação e propostas de ação para o Plano de Qualidade do SNS Espanha 2006-2010

Áreas de Atuação	Estratégias	Principais atividades
Proteção, promoção e prevenção da saúde	Proteção da saúde e hábitos de vida	Atividades de prevenção ao tabagismo, quedas em idosos, atividade física, saúde sexual e reprodutiva, detecção precoce de HIV, prevenção a acidentes na infância, vigilância em saúde nos determinantes sociais, alimentação saudável e prevenção da obesidade
Fomento a equidade	Desenvolver políticas de saúde baseadas nas melhores práticas	Descrição, sistematização, análise e comparação das informações sobre políticas, programas e serviços de saúde; políticas de saúde sexual e reprodutiva que melhorem a qualidade da atenção e promoção de “boas práticas”
	Ações para redução inequidades em saúde, com ênfase na desigualdade de gênero	Conhecimento e redução desigualdade de gênero e enfoque de gênero nas políticas dos profissionais de saúde
Apoio a planificação dos recursos humanos em saúde	Adequação dos recursos humanos do SNS às necessidades dos serviços	Planejamento e desenvolvimento de recursos humanos em saúde, melhoria dos sistemas de informação em recursos humanos, especialização e planejamento de educação continuada; balanço entre oferta e demanda de profissionais de saúde
Fomento à excelência clínica	Avaliação das tecnologias, procedimentos clínicos e gestão	Acreditação e avaliação das unidades de saúde
	Acreditar e auditar serviços de saúde	Elaboração de padrões de referência e recomendações para unidades
	Segurança dos pacientes atendidos nos serviços de saúde do SNS	Minimização de riscos ou danos da atenção sanitária, melhorando a cultura da segurança para profissionais e usuários
	Melhorar a atenção a pacientes com determinadas patologias	Diretrizes clínicas para atenção às DCNT
	Melhorar a prática clínica	Desenvolvimento de protocolos clínicos e avaliação de tecnologias de saúde com base em evidências científicas
TIC para melhorar a atenção aos cidadãos	Saúde <i>on-line</i>	Cartão de Saúde, informatização de registros clínicos (prontuário eletrônico), receita eletrônica, mecanismo de agendamento e consultas virtuais
Aumento da transparência	Sistema de informação de confiança, oportuno e acessível	Informação sobre serviços de saúde para profissionais, usuários e gestão

Fonte: Adaptado de ESPAÑA (2009), tradução livre)

O Plano de Qualidade apresentado no ano de 2010 traz com mais detalhes os objetivos de cada estratégia, projetos e propostas de ação. Se, por um lado, a área temática relacionada ao planejamento da força de trabalho demanda o conhecimento em relação à distribuição dos profissionais nos serviços, estudos para projeção das necessidades de profissionais, incluindo a demanda específica de estudo para cuidados de enfermagem; por outro, demanda a construção de instrumentos que permitam aumentar a qualidade da força de trabalho, tais como treinamentos, educação continuada, auditorias, inspeções e avaliações nos serviços (ESPAÑA, 2010).

Ademais, no que diz respeito aos temas da promoção, prevenção e proteção da saúde, é possível verificar o enfoque dado mais à prevenção de acidentes domésticos e de trânsito,

agravos e doenças crônicas através de campanhas de promoção de hábitos saudáveis, que à participação comunitária (neste aspecto é indicada a “construção de evidências” para verificar a eficácia de intervenções de caráter comunitário). Além disso, considera necessário o investimento na gestão dos riscos ambientais, na saúde do trabalhador e na segurança alimentar. Não obstante, no que concerne à “excelência clínica”, demonstra assertividade nas propostas de construção de instrumentos que promovam a “cultura avaliadora” e meçam o resultado e a eficácia de tecnologias e serviços, mas, sobretudo, da prática profissional com base nas diretrizes e protocolos clínicos relacionadas a doenças crônicas e segurança do paciente (ESPAÑA, 2010).

Por outro lado, o grave período de crise conjuntural estava se aprofundando no cenário mundial e na Espanha particularmente. O processo acelerado de acumulação, impulsionado pelas reavaliações dos ativos da construção civil e aumentos severos nos preços da habitação (bolha imobiliária), gerou colapso econômico a partir de 2008, com longo período de depressão, ainda não totalmente recuperado, na Espanha. A partir deste período, as taxas de crescimento, que evoluíam a 5% ao ano até o período anterior, passaram a ser de 1,6% ao ano com tendência descendente, atingindo, em 2010, seu maior decréscimo com queda absoluta no emprego total e assalariado (MATEO, 2017).

De acordo com Navarro (2014), na Europa, o endividamento das famílias foi facilitado a partir do estabelecimento do euro como moeda comum, o que tornou mais acessível o crédito para todos os países, especialmente os do sul europeu (Portugal, Grécia, Espanha e Itália). Este fato, conforme Navarro (2014), revelou um processo de “germanização dos interesses”, considerando ser a maior economia e exportadora de capital financeiro para os países da zona do euro e sua forte influência no Banco Central Europeu. O capital alemão foi um dos maiores responsáveis pelo financiamento e estímulo da bolha imobiliária na Espanha. Não obstante, também estava relacionado com o capital financeiro dos EUA, o qual, na crise de 2008, afetou os países do sul europeu frente ao congelamento dos créditos pelos bancos e o aumento vertiginoso das dívidas privada e pública (NAVARRO, 2013, 2014).

O financiamento do Estado de Bem-Estar social espanhol sofreu consequências diretas da crise, considerando o aumento da dívida pública, as altas taxas de desemprego e a queda do volume de recursos de impostos e contribuições sociais para as políticas públicas e sistemas de saúde. Além disso, a tributação regressiva impactou ainda mais as condições de saúde da população mais pobre. Houve reduções drásticas nas despesas sociais públicas, ao passo que aumentaram os auxílios ao setor bancário (NAVARRO, 2013).

A austeridade fiscal e as medidas de “estabilidade orçamentária” (Ajuste Estrutural) promoveram o desfinanciamento das políticas públicas sociais e aprofundaram os processos de reestruturação produtiva dos serviços públicos. É importante destacar que, diante das exigências dos mercados financeiros para a consolidação de uma política fiscal “sustentável”, foram disparadas diversas reformas no âmbito da administração pública do Estado em geral e, particularmente na saúde, gerando a deterioração dos postos de trabalho e perdas salariais para os profissionais (em 2010 foi aplicada redução salarial dos servidores públicos em 5%). Há, portanto, estabelecimento de uma série de iniciativas que incrementam “inovações organizativas” na gestão pública do Estado com a criação da Comisión para la Reforma de las Administraciones Públicas (CORA) pelo Ministério da Fazenda e Administração Pública sob justificativa de redução do gasto público e aumento da eficácia, “bom governo”, simplificação e racionalização administrativa no regime de “estabilidade orçamentária e sustentabilidade financeira” – conforme exibido no Quadro 24 (ESPAÑA, 2012).

De acordo com Ardanuy (2013), a Reforma Administrativa, no entanto, atinge os três níveis da administração pública, gerando a reestruturação produtiva, diminuição dos serviços e sérias implicações para o entendimento e garantia dos direitos sociais. Foram implementados cerca de 2.7000 planos de ajustes nas prefeituras municipais em toda a Espanha para pagamento de provedores, extinção de instituições e cargos nas CCAA, sob rígido controle do Ministério da Fazenda. Mudanças no regime jurídico das administrações públicas exigiram maior discriminação e controle econômico-financeiro das ações, incluindo no regime de contratação de trabalhadores¹¹⁹ apenas sob “estrita necessidade” a partir da Ley de Medidas de la Reforma de la Función Pública.

Quadro 24 – Síntese dos princípios e ações da Reforma das Administrações Públicas na Espanha 2011 (continua)

Princípios	Ações
Disciplina orçamentária e transparência pública	Melhoria da transparência e capacidade de controle do orçamento de todas as CCAA com instrumentos e medidas preventivas e corretivas para redução do déficit no PIB; Planos econômico-financeiros das CCAA 2012-2014.
	Reestruturação e racionalização do setor público em todos os níveis da administração (redução nos recursos humanos no setor público e racionalização do número de entidades públicas instrumentais nas CCAA).
	Transparência, Acesso à Informação Pública e do Governo, garantia de acesso à informação, estabelecimento de obrigações que “bons governos” devem cumprir e consequências jurídicas do descumprimento.

¹¹⁹ O Regime de contratação de empregados públicos não estatutários foi estabelecido em 2007 pela Ley 7/2007 – Estatuto Básico del Empleado Público. Esta lei flexibiliza os vínculos de trabalho, diferenciando os tipos de contrato dentro das administrações públicas: *funcionarios de carrera* (estatutários), *personal laboral* (contratos fixos, temporário ou por tempo indefinido), *funcionarios interinos* (convocados para desempenho de funções de estatutário em vacância), *personal eventual* (cargos de confiança) e *personal directivo* (gestão de profissionais nas administrações públicas). Esta lei também insere a avaliação de desempenho na carreira profissional e promoção interna, entendida como “[...] procedimiento mediante el cual se mide y valora la conducta profesional y el rendimiento o el logro de resultados.” (ESPAÑA, 2007b, p. 18) e estabelece os tipos de remunerações para os trabalhadores dos serviços públicos. Durante a reforma administrativa, foi possível a habilitação legal da demissão de trabalhadores não estatutários sob alegação de causas econômicas, técnicas, organizativas ou de produção na administração pública (ARDANUY, 2013).

	Melhoria da qualidade das estatísticas dos orçamentos públicos.
	Criação de Autoridade Independente de Responsabilidade Fiscal para zelar pelo cumprimento do regime fiscal e sustentabilidade financeira das administrações públicas.
	Criação de Central de Informações sobre orçamentos públicos pelo Ministério da Fazenda para aumentar quantidade e qualidade de informação econômica, orçamentária, financeira e estatística, interoperabilidade e reutilização evitando duplicidade.
Racionalização do setor público	Eliminação de duplicidades nas CCAA (supressão ou redução do tamanho de entidades institucionais, “incluindo assembleias legislativas ou defensorias públicas”) seguindo a premissa: “prestação do mesmo serviço, com melhor qualidade a menor custo”, aumentando a conexão das bases de dados e registros públicos estatais e autônomos, substituindo órgão estatais por órgãos autônomos – agências por CCAA, reformas nas contratações públicas, diminuição dos observatórios, entre outras.
	Racionalização da Administração Institucional do setor público, com reforma trabalhista, diminuição dos conselhos administrativos, plano de reestruturação e racionalização do setor público com dissoluções, desinvestimentos e liquidações, novo regime jurídico das administrações públicas, limitando contratações e criações de organismo ou entidades públicas.
	Reforma local, racionalização e sustentabilidade da administração local, revisão de competências, diminuição do número de recursos humanos e cargos públicos em dedicação exclusiva em função da população do município, entre outras.
Melhoria da eficiência da administração pública	Medidas conjunturais de redução do gasto público e de caráter estrutural no emprego público: congelamento da oferta de emprego; habilitação legal de demissão de trabalhadores sem que seja do quadro estatutário na administração pública; supressão dos dias livres; modificação das condições de acesso e permanência na situação de incapacidade temporal; aumento do tempo para aposentadoria para 67 anos (período de transição de 14 anos); extensão da jornada de trabalho do setor público para 37,5 horas semanais; desenvolvimento de estratégias de inovação e eficiência na configuração e gestão do emprego público; modificações no regime jurídico de trabalhadores do serviço público; medição da carga de trabalho para aumentar alocação eficiente dos recursos humanos e estabelecimento de mecanismos de avaliação do desempenho, entre outras.
	Implantação de sistema de medição de eficiência: proposição de medida da carga de trabalho nas unidades administrativas, calcular tempo de tramitação dos expedientes, avaliar a produtividade de cada unidade e comparar com outras homogêneas, possibilitando realocar recursos e ajustar remunerações; diminuir tempo para resolução dos processos (estabelecimento de tempo de tramitação), entre outras.
	Novo procedimento para orçamento geral do Estado: introdução de critérios analíticos para alocação de recursos e “gestão ótima” dos serviços.
	Fatura eletrônica e Registro Contábil: dar agilidade aos procedimentos de pagamento para provedores dos setores público e privado, registro administrativo das faturas em qualquer administração pública e tramitação eletrônica.
	Gestão dos serviços e meios comuns com incorporação de novos modelos de gestão: informatização por TIC como recurso de governança para utilização mais eficiente dos recursos tecnológicos e aumentar níveis de qualidade dos serviços prestados; padronização e reutilização das infraestruturas e serviços setoriais; entre outras.
	Reforma de subsídios: transparência da concessão e competitividade para a seleção; estabelecimento de tetos de financiamento público para certas modalidades de gasto privado; base de dados de subsídios; sistema de publicidade; clareamento dos papéis das entidades de colaboradores, entre outras.

Quadro 24 – Síntese dos princípios e ações da Reforma das Administrações Públicas na Espanha 2011 (conclusão)

Administração à serviços dos cidadãos e empresas	Lei da Unidade de Mercado: simplificação e flexibilização das “travas” administrativas para acesso e exercício de atividades econômicas nas diferentes CCAA e livre circulação de bens e serviços em todo território nacional; liberalização do comércio de determinados serviços e redução dos obstáculos administrativos , entre outras.
	Codificação do direito: revisão dos marcos legislativos conforme relatórios OCDE, sistematização das normas e estabelecimento de prazos e datas comuns.
	Lei da dívida Comercial: estabelecer período médio para pagamento nas Administrações Públicas aos provedores.
	Manual de redução de cargas [custos administrativos], seguindo modelo do <i>Manual Internacional del Modelo de Costes Estándar</i> , da OCDE, diminuição dos obstáculos “burocráticos” para as empresas, entre outras.
	Projetos de “simplificação” voltados, sobretudo, para a flexibilização da legislação em procedimentos ambientais e alfândega.
	Impulsionar a administração eletrônica como estratégia de diminuição de custo para cidadãos e empresas: serviços horizontais de administração eletrônica, entre outras.
	Apoio às empresas e ao investimento para eliminação dos obstáculos burocráticos para empresas e “empreendedores”, seguindo a política de <i>Better Regulation</i> , da OCDE, para melhoria da qualidade normativa da União Europeia.
	Atenção ao cidadão: estabelecimento de ponto geral de acesso, como porta de entrada dos cidadãos às administrações públicas.

Fonte: Adaptado de CORA; ESPAÑA (2012)

O sucateamento dos serviços públicos e a flexibilização das relações de trabalho¹²⁰ são as principais marcas da proposta da reforma administrativa, abrindo a possibilidade de privatização e expansão do capital para serviços antes prestados pelo setor público. Na saúde, as reformas iniciadas desde o ano de 2010¹²¹ pautaram-se pela abordagem da “governança” no SNS, afetando a amplitude (condições para acesso ao direito) e a profundidade (diferenciação na carteira de serviços) da cobertura, repartição de custos (copagamentos), procedimentos de fixação dos preços dos medicamentos e “redução dos custos de produção” (diminuição dos salários dos profissionais, preços e do número de trabalhadores, centralização das compras) (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2014; ESPAÑA, 2018a).

Conforme Borges, Fernández e Campos (2018), as principais políticas do Ajuste Estrutural na Espanha foram: cortes no orçamento público, deterioração das finanças públicas, pacto fiscal com a UE para redução de mais de 7 bilhões no gasto em saúde entre 2012 e 2015, reforma trabalhista, redução de gastos em políticas de combate ao desemprego, diminuição da atividade industrial, aumento do desemprego, restrição de acesso ao benefício

¹²⁰ É notável o agrado expresso pela OCDE em relação à reforma administrativa da CORA no documento: *España: de la Reforma de la Administración a la Mejora Continua, Informe de la OCDE sobre gobernanza pública en España*. Este extenso relatório faz um balanço das medidas da CORA aplicadas na reestruturação produtiva da administração pública espanhola, aliado à aprovação da Ley 7/2007 (ESPAÑA, 2007b) do Estatuto dos empregados públicos. Destacamos o capítulo 6 sobre o desenvolvimento da gestão de recursos humanos “flexíveis” e “sustentáveis”, aliados à redução dos postos de trabalho, aumento da produtividade (e intensificação) e de adaptação do comportamento dos trabalhadores do serviço público, criando uma “cultura do desempenho” (elevada competitividade e manipulação subjetiva (competências) dos trabalhadores com foco nos resultados, conforme “objetivos e missão” dos serviços (OCDE, 2014).

¹²¹ Entre 2008 e 2015, a recessão econômica no país reduziu cerca de 20% do Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, diminuindo o gasto público com saúde de 6,5% do PIB em 2010 para 5,1% em 2015 (SANIDAD, 2018b). No entanto, há aumento significativo do gasto privado, que chega a quase 28,9% do gasto total com saúde no período (OLIVEIRA; MARCOS; DÍAZ, 2021)

previdenciário, propostas de alteração da lei que legaliza o aborto, redução de novas aposentadorias, redução do gasto com cuidadores, privatização de instituições sociais, cortes de gasto na saúde (especialmente na Atenção Primária e nos programas de prevenção), aumento da pobreza, diminuição de 15% do investimento em educação entre 2013 e 2016 e barreiras no acesso à saúde.

Uma das medidas mais draconianas para o sistema de saúde durante a crise foi realizada em 2012, a partir do Real Decreto-ley nº 16/2012. A legislação sanitária sofreu modificação profunda no caráter universal do SNS, retrocedendo na condição de acesso que, a partir de então, estaria garantido para “assegurados”, qual seja, trabalhadores contribuintes da Seguridade Social, pensionistas do sistema e beneficiários de prestações periódicas, retirando do escopo de cobertura dos serviços os imigrantes – contingente expressivo na Espanha, cerca de 12,7% da população (BORGES; FERNÁNDEZ; CAMPOS, 2018; FORTES; CARVALHO; LOUVISON, 2015).

Podem ser observadas as seguintes consequências para a saúde no período:

Diminuição da taxa de mortalidade geral, porém num ritmo de decréscimo menor de antes da crise; retrocessos em avanços conseguidos concernentes aos direitos reprodutivos; barreira de acesso às mulheres imigrantes indocumentadas aos serviços de saúde; aumento nos casos de sífilis e gonorreia, enquanto diminuem as novas infecções pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida (HIV); queda nas taxas de fecundidade; discreto aumento nos casos de aborto; aumento do gasto por desembolso direto em saúde pelos idosos; desaceleração da diminuição da taxa de mortalidade entre idosos: crescimento da mortalidade entre idosos durante o inverno; não se observaram mudanças significativas na incidência de patologias infecciosas por causa da crise financeira; crescimento da letalidade intra-hospitalar por morbidades infecciosas; as infecções respiratórias das vias aéreas altas e a gripe tiveram uma elevação no grupo entre 30 e 55 anos de idade; não atribuíram-se à crise variações na incidência dos agravos e cobertura vacinal; os transtornos de ansiedade, a depressão, a crise de angústia e o consumo de álcool (dependência e abuso) aumentaram significativamente durante a crise (2006-2010); até 2011, não houve variação nos casos de suicídio; cresceu em 10% o consumo de antidepressivos e sedativos; evidências empíricas mostram que a experiência de pobreza na infância tem repercussões na saúde e no nível socioeconômico na idade adulta que dificilmente podem ser compensadas; perda do direito à atenção à saúde pela população imigrante indocumentada; redução do gasto (2009-2011) do SNS em farmacêuticos (42,5%), capital (38,7%), atenção primária (5,7%) e vigilância em saúde (35,2%); aumentou-se notadamente a lista de espera para atenção do SNS; introdução de co-pagamentos (sic) para fármacos; desfinanciamento de um conjunto de 400 medicamentos para agravos de menor gravidade; o co-pagamento (sic) produziu uma queda enorme na dispensação de receitas pelas farmácias; aumento do tempo de espera para intervenções cirúrgicas; acréscimo de pessoas com seguro privado de saúde; introdução de uma lista de serviços não cobertos pelo SNS; a lista de espera para cirurgias eletivas cresceu 43%, com um aumento de 21% nos dias de espera (2009-2012), diminuição do consumo contínuo de álcool, com exceção do consumo intensivo, e de drogas ilícitas; pequeno aumento de sobrepeso/obesidade; incremento de 2% no índice da população que não faz nenhum exercício. (BORGES; FERNÁNDEZ; CAMPOS, 2018, p. 721)

A introdução de elementos privatizadores no SNS desenvolveu-se, principalmente, através de políticas de “copagamento” na prestação de serviços e diferenciação na oferta, de acordo com o tipo de Carteira de Serviços (básica, suplementar e acessória), sendo apenas a básica gratuita e as demais e os fármacos pagos por desembolso direto dos usuários (BAYLE; RUIZ, 2014). Ademais, outras medidas identificadas estão relacionadas a reestruturações nos SRS, como fechamento de Centros de Saúde, aposentadorias, demissões e corte nos salários dos profissionais de saúde, aumento na carga horária da jornada de trabalho, limitação nos dias de férias. Este cenário de limitação da cobertura, precarização do trabalho e sucateamento no setor público contribuiu para a expansão do setor privado de seguros e serviços de saúde via aumento do consumo destes serviços pela classe média espanhola (BORGES; FERNÁNDEZ; CAMPOS, 2018; CANTERO, 2016; FORTES; CARVALHO; LOUVISON, 2015).

Frente às demandas de racionalização para as administrações sanitárias das CCAA, o debate sobre modalidades de gestão dos serviços tornou-se recorrente no cenário político. Segundo González (2013), se alguns SRS adotaram medidas de cortes nas despesas sob sua responsabilidade direta, outros cogitaram a estratégia de transferência da gestão de instituições, serviços e centros para iniciativas de direito privado. Neste sentido, o Real Decreto Ley nº 16/2012, seria a antessala para a ampliação do recurso à gestão indireta como forma de reduzir os custos com os serviços de saúde (GONZÁLEZ, 2013).

Cabe destacar que, novamente, houve ampla manifestação das associações e organizações da população e dos profissionais de saúde trazendo para o debate as consequências e os efeitos da crise econômico-política na situação de saúde, com propostas para sua mitigação e estratégias que iam na contramão das disposições do Real Decreto-ley nº16/2012. Entre as indicações dos especialistas, ressaltava-se a necessidade de combater os determinantes sociais da saúde através de medidas de geração de empregos, proteção social e ampliação da participação social na gestão sanitária (SUESS et al., 2014).

De acordo com Suess et al. (2014), a partir deste marco, a participação nas políticas de saúde espanholas desenvolveu-se de forma positiva e crescente, expressando-se em manifestações desde o nível local, nacional até o internacional europeu. Nos momentos seguintes, a aprovação do decreto fez surgir diversas notas, cartas, informes, declarações e campanhas com denúncias sobre a mudança do modelo sanitário espanhol, a negação do direito universal à saúde, discriminação, reforço à desigualdade social, xenofobia, entre outros.

Foram denunciadas as condições de trabalho, redução da cobertura dos serviços de Atenção Primária, a queda da qualidade da assistência e os riscos que estas questões implicavam para o surgimento e agravamento de doenças no nível individual e coletivo. Foi demonstrado cientificamente o aumento dos custos a longo prazo das medidas do decreto e, por outro lado, as vantagens, em termos econômicos, na ampliação da cobertura da Atenção Primária e da gestão pública direta¹²² (SUESS et al., 2014). Além disso, atos de desobediência no nível primário de atenção foram marcas de protestos dos profissionais de saúde contra a discriminação/negação do acesso aos imigrantes nos serviços, frente ao conflito ético dos profissionais (BORGES; FERNÁNDEZ; CAMPOS, 2018; SUESS et al., 2014).

Desta forma, as tentativas de privatização e desmantelamento do SNS espanhol, no período da aprovação do Real Decreto-Ley nº 16/2012, não lograram seus objetivos integralmente, visto a ampla reação da população, profissionais e especialistas da saúde. Todavia, estas tentativas ocorreram em contexto de ampla mobilização, luta e resistência contra as perdas dos direitos sociais na Espanha e em outros países, frente às medidas de austeridade aplicadas nos países a partir da crise econômico-política do capitalismo em 2008 (BORGES; FERNÁNDEZ; CAMPOS, 2018).

Vejamos o contexto um pouco mais detidamente em relação às origens das resistências e lutas. A transferência dos parques industriais das empresas multinacionais para o sul global, considerando a maior rentabilidade do setor produtivo diante da fragilidade da proteção trabalhista estrutural nestes locais, aliada às medidas de austeridade aplicadas pelos governos no norte global, ampliou o cenário de desemprego, precarização, proletarização e a espoliação dos direitos sociais da classe média e trabalhadora em escala global (HARVEY, 2004 apud BRAGA; SANTANA, 2015).

Neste cenário, movimentos do “novo precariado”¹²³ desenvolveram-se em diversos países, desde a América do Norte, nos EUA, com o *Occupy Wall Street*, sul da Europa (*Indignados – 15M*, *Syriza* – contra a *troika*), a América do Sul, no Chile e no Brasil, com o

¹²² Apesar do caráter mais reformista assumido pelas *Comisiones Obreras* (CCOO) a partir da década de 1980 (TUMOLO, 2011), esta é uma das organizações sindicais de esquerda com maior força política na Espanha. O observatório de políticas de saúde da Fundação 1º de maio das CCOO esteve ativo na discussão relacionada ao trabalho e políticas de saúde no SNS. Uma das suas publicações interessantes diz respeito às contrapropostas de gestão dos serviços de saúde, alternativas às formas de privatização indireta. Ver livro: *Otra gestión sanitaria es posible* (SÁNCHEZ-BAYLE, 2011)

¹²³ A categoria “precariado” foi utilizada por Ruy Braga em referência ao debate trazido por Guy Standing ao se referir a parcelas da classe trabalhadora, especialmente a partir do ponto de vista do norte global, despojadas de direitos e garantias trabalhistas, rendimentos incertos. Apresentavam, no período, pouca identificação com as estruturas de organização sindical tradicionais, não obstante, com importante capacidade de mobilização e articulação entre movimentos sociais com pautas diversas, entre os anos de 2008 e 2015.

Movimento do Passe Livre, a partir de 2008 (BRAGA; SANTANA, 2015; PORTOS, 2016) Na Europa, os movimentos ocorreram em Portugal, Grécia e Espanha, expressando forte questionamento ao modelo de desenvolvimento socioeconômico vigente e ao caráter autocrático do poder econômico. Conforme Braga e Santana (2015, p. 532):

À tensão social produzida pela separação entre o poder econômico e a participação democrática, devemos acrescentar a desigualdade econômica crescente entre classes sociais, produto do aprofundamento da mercantilização do trabalho e do recuo da proteção social em diferentes países do Norte global. [...] Partimos da hipótese segundo a qual a vivificação dos movimentos sociais a partir do início da crise de 2008 configura um esboço de contramovimento ao enfraquecimento das proteções sociais, à redução dos direitos sociais, à deslegitimação dos sindicatos e aos sucessivos recuos da legislação trabalhista. Neste sentido, o aprofundamento da mercantilização do trabalho, isto é, a transformação da força de trabalho em uma mercadoria despojada de direitos sociais, joga um papel-chave na interpretação do atual ciclo de mobilizações do jovem precariado global.

A marca do desemprego, precarização e proletarianização de amplos setores de jovens trabalhadores gregos, espanhóis e portugueses contribuiu decisivamente para o desenvolvimento de greves políticas nacionais e movimentos importantes. Ainda que com diferenças geracionais e de orientações táticas, foram possíveis coalizações entre sindicatos e “novos movimentos sociais” contra a austeridade, com importante coordenação de atos e protestos conjuntos (BRAGA; SANTANA, 2015).

Na Espanha, o grupo de militantes intitulado *Indignados* promoveu ampla mobilização de setores da sociedade no dia 15 de maio de 2011, o *15M*, que, de acordo com Portos (2016, p. 260), “[...] bajo los eslóganes ‘No nos representan’ y ‘No somos mercancía en manos de políticos y banqueros’”. Esta manifestación tuvo lugar justo una semana antes de los comicios municipales y autonómicos (en 13 de las 17 comunidades autónomas).” Mesmo que sob dura repressão policial, a partir de ampla difusão nas redes sociais e organização dos militantes a princípio sem representação sindical e/ou partidária, o movimento logrou a realização de diversas campanhas de protestos organizados em assembleias populares abertas em Madri e Barcelona (PORTOS, 2016).

Estas organizações e mobilizações desdobraram-se na realização de assembleias locais em outras CCAA e criação de comissões específicas, facilitando a participação direta nas definições e nos rumos do movimento, com ampla diversidade de pautas (situação habitacional, feministas, ecologistas, estudantes, trabalhadores, antiglobalização, entre outros), mas com clara direção contra a austeridade fiscal. Quase 90% do total de protestos realizados no período tem como pautas a crise econômica, a austeridade, demandas trabalhistas e a questão política – representatividade, corrupção, incapacidade das elites em atender a demandas cidadãs e as decisões tomadas para a gestão da crise (PORTOS, 2016).

Segundo Portos (2016), após o ápice das mobilizações no período de 2011, o movimento do *15M* reduziu sua visibilidade, no entanto, a organização descentralizada nos territórios continuou se aproximando das demandas locais, permitindo sua especialização e união dos esforços junto à base em diversas áreas, ganhando grande legitimidade popular. Neste ínterim,

(...) diversas campañas, denominadas **mareas**, emergieron con el objetivo de luchar contra los recortes en sectores específicos, **como la marea blanca para proteger la calidad del sistema de salud y contra medidas que conlleven su privatización parcial**; la marea verde contra los recortes en educación pública o la marea naranja en defensa del trabajo social y las políticas de bienestar y dependencia, entre otras. **A pesar de la fragmentación organizativa, en muchas de estas mareas y en las dos huelgas generales de 2012 se entretejieron alianzas entre actores asociados al 15M, sindicatos y otros colectivos claves para mantener a buena parte de la sociedad civil movilizada.** (PORTOS, 2016, p. 168)

Apesar da tensão entre as visões e diferenças entre os seguimentos sociais em luta, a convergência dos interesses e a capacidade de articulação rendeu bons frutos na resistência contra a austeridade na Espanha neste período. Se por um lado, o respaldo social dos novos atores contribuiu na catalisação de amplo espectro de necessidades e demandas da população à margem das questões partidárias e sindicais; por outro, os sindicatos e os partidos de esquerda tradicionais contribuíram com seu aparato material, experiência, redes e acesso a instituições, fortalecendo os movimentos significativamente. Conforme Portos (2016, p. 172): “Por ejemplo, estas alianzas entre nuevos y viejos actores han sido cruciales para el éxito de movilización en campañas de protesta específicas, como las mareas blancas, las mareas verdes o las propias huelgas generales de 2012.”

Neste contexto, as *Mareas Blancas* foram mobilizações realizadas pelos profissionais de saúde, principalmente em Madri, diante da restrição orçamentária e medidas de privatização para os serviços de saúde locais mesmo com forte objeção dos profissionais e da população entre 2011 e 2014. Foram realizados atos, manifestações de rua, paralisações e ações em defesa dos serviços públicos que tiveram ampla repercussão e apoio da população no período. A discussão sobre os efeitos negativos da privatização na saúde e as vantagens do sistema universal ganharam grande visibilidade e galgou consenso na opinião pública a respeito das consequências destas medidas (BAYLE; RUIZ, 2014; BORGES; FERNÁNDEZ; CAMPOS, 2018). Os movimentos na saúde desenvolveram-se no seguinte processo, de acordo com Iglesias Onofrio, Rodrigo Cano e Benítez Eyzaguirre (2018, p.206/207):

Los argumentos y la identificación del problema ya se habían debatido en las asambleas de Madrid del movimiento 15M, pero la primera protesta específica por la sanidad se registró en Barcelona en los primeros días del mes de junio de 2011 frente a la casa del presidente de la Generalitat, Artur Mas, y siguieron en otras ciudades catalanas durante ese mes. Las movilizaciones se reactivaron en febrero de

2012 a partir del anuncio de la reforma laboral, y se sumaron al calendario propuesto por la Confederación Europea de Sindicatos que se concretó en la convocatoria de dos marchas blancas con fecha 18 de noviembre y 6 de diciembre de ese año. Estas protestas coincidieron con el anuncio de la Comunidad Autónoma de Madrid de privatizar 6 hospitales y 27 centros de salud (Plan de Garantías de Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público). La respuesta fue inmediata con la convocatoria de ‘Rodea la Asamblea’ y una manifestación por la sanidad pública en Madrid, que tuvieron lugar en los meses de diciembre de 2012 y febrero de 2013. Le siguieron cuatro mareas a lo largo de 2013 de carácter nacional, y otra más en 2014. Tras la aprobación del RDL 16/2012 que ponía fin a la sanidad universal, al excluir a las personas inmigrantes en situación irregular del acceso al servicio sanitario público, surgieron nuevas plataformas, como ‘Yo Sí Sanidad Universal’, y en mayo de 2012 la Coordinadora de Hospitales y Centros de Salud (CHYCS). Al mismo tiempo, los encierros y asambleas en el Hospital de La Princesa dieron lugar a la Plataforma Asamblearia de Trabajadores y Usuarios de la Salud (PATUSALUD), que acabaría siendo la red motor de la Marea Blanca y que convocó la Marcha Blanca el 16 de noviembre de 2012 (...)

O *Yo Sí, Sanidad Universal* é uma rede de usuários e profissionais de saúde, criada em 2012, como um movimento independente de desobediência civil frente às restrições do Real Decreto-ley 16/2012. Tinha como objetivo sustentação e apoio para acesso universal à assistência sanitária dentro do SNS, produção de informações em defesa da saúde pública universal e denúncia das consequências das restrições de acesso, que se mantêm em atividade até os dias atuais.

Entretanto, Bayle e Ruiz (2014) chamam a atenção de que outras medidas de privatização já vinham se desenvolvendo; contudo, neste contexto, esse processo se acelerou e pela primeira vez afetaria os profissionais de saúde (incluindo demissão e diminuição da força de trabalho em alguns setores) e na Atenção Primária. Ademais, contou com um alto grau de participação de diversas forças sindicais e da saúde que, ainda que não tivessem semelhanças ideológicas e contradições, obtiveram consenso em relação ao rechaço ao projeto de privatização apresentado no período. Por outro lado, a repercussão das propostas nas Zonas Básicas em cada Centro de Saúde foi importante e contou com muita solidariedade da população na defesa dos serviços.

Es un hito sin precedentes ver a los pacientes conocidos de años por los profesionales, firmar, manifestarse, encerrarse junto con sus médicos, sus enfermeras y los administrativos, aquellas personas que los atienden todos los días desde hace años. La fidelidad al CS [Centro de Salud] y a la sanidad pública se ha puesto de manifiesto en este contexto. (BAYLE; RUIZ, 2014, p. 894)

Nesse sentido, os autores destacam que o interesse social pela saúde pública, no período, foi generalizado, sendo incorporado nos debates e mobilizações em defesa do Estado de Bem-Estar Social no bojo do movimento do 15M. E que, como desdobramento destes conflitos, foi construído espaço de negociação que contou com a presença de representantes sindicais, associações de moradores, em defesa da saúde pública e do movimento 15M. Além

disso, foram se desenvolvendo outras plataformas de defesa nos serviços, contando com participação popular, sindicatos de profissionais, prefeituras, especialmente em Madri, mas que repercutiu em diversos outros movimentos contra a privatização da saúde pública nas CCAA (BAYLE; RUIZ, 2014; BORGES; FERNÁNDEZ; CAMPOS, 2018).

Bayle e Ruiz (2014) apontam que as mobilizações sanitárias, ao longo destes anos, lograram os seguintes resultados: um certo consenso na opinião pública e entre os profissionais contra a privatização e mudanças no modelo na saúde; a privatização e o desmantelamento do SNS foram colocados no centro das agendas de organizações políticas e do debate parlamentar em todos os níveis de governo; permitiram o desenvolvimento de mobilizações em torno de diferentes problemas sanitários; favoreceu a unificação e a qualificação do debates em torno de temas importantes para a saúde (financiamento, privatização, investimentos na Atenção Primária, entre outros); implicação dos agentes sociais nos debates e na construção de alternativas; evidenciação dos riscos do modelo de gestão empresarial-privado dos serviços de saúde; contribuição para detenção da estratégia de privatização e fragmentação da atenção à saúde durante anos; e promoção de alianças junto aos movimentos em defesa dos direitos sociais e do Estado de Bem-Estar Social na conjuntura de crise a partir de 2008. Contudo, não obstante ao rechaço social e profissional contra a privatização na saúde, a estratégia da mudança do modelo de Seguridade Social para o de Seguro Social, ainda que apresente muitas dificuldades, continua sendo adaptada em busca de formas menos visíveis para a opinião pública (BAYLE; RUIZ, 2014).

Frente ao cenário de crise da legitimidade dos dois principais partidos políticos na Espanha, o PP, de direita, e o PSOE, de esquerda-liberal, constitui-se formalmente, em 2014, o *Podemos*, um novo partido criado por iniciativa dos movimentos sociais, intelectuais e organizações culturais de esquerda ligados às mobilizações dos *Indignados* e 15M com a proposta de conversão da força dos movimentos de 2011 em mudança política (BRINGEL, 2015).

A ascensão do *Podemos* chamou a atenção do mundo pelo logro de, em menos de quatro meses de formação, conseguirem: “[...] eleger cinco deputados para o Parlamento Europeu, somando mais de 1,2 milhão de votos.” (BRINGEL, 2015, p. 59). Aliados à voz do *Syriza* grego e de outros partidos de esquerda no parlamento europeu, promoveram uma revitalização das forças sociais de contestação no âmbito da UE, além de conseguirem catalisar na Espanha boa parte das bases eleitorais do PP e do PSOE descontentes com as estratégias e práticas políticas dos partidos. Entretanto, o fenômeno espanhol de mudança no

cenário político diz respeito não apenas aos impactos eleitorais do novo partido, mas, sobretudo:

[...] à sua heterogeneidade interna (para além de sua cúpula), às formas de articulação e organização de sua base social (e não apenas sua base eleitoral) e às possibilidades de mudança emergentes de uma ampla constelação semântica de propostas (que não se restringe aos discursos oficiais). Por outro lado, a profunda transformação da sociedade e da política espanhola nos últimos anos alimenta-se não somente de novos cenários e atores, mas também de trajetórias e de lutas prévias, de matrizes político-ideológicas estruturantes e de ecos de médio e longo prazo preexistentes que se redefinem e precisam ser atenciosamente analisados. (BRINGEL, 2015, p. 62)

Pode-se dizer que as contradições dos processos de transição de regimes políticos, a história de constituição e mobilização de diversos movimentos sociais, estudantis e sindicais e a cultura política espanhola contestatória (2ª República), aliadas às conjunturas de crise econômico-política de âmbito internacional, com desdobramentos concretos nestes respectivos contextos nacionais, favoreceram a organização política e a vocalização das demandas populacionais mais progressistas de maneira mais propositiva na Espanha (BRINGEL, 2015).

O *Podemos*, mesmo que tenha se destacado como estratégia política institucional a partir dos movimentos de 2011, se constitui de diversas forças e organizações históricas progressistas que canalizaram esforços para mudanças diante do cenário de crise; entretanto contam com diversas matizes ideológicas e estratégicas que estão em constante disputa e cujas posições variam desde o apoio crítico à institucionalidade à sua crítica radical (BRINGEL, 2015). Nestes termos, o partido constitui-se como um “partido-movimento” que, de acordo com Bringel (2015, p. 73), se define como:

Em termos minimalistas, são partidos ex novo que surgem a partir de ciclos de mobilização e politização da sociedade, problematizando a ‘forma-partido’ estabelecida, a partir da retroalimentação com as ideias, práticas, agendas e perspectivas emergentes na sociedade e nos movimentos sociais. No caso do *Podemos*, dois elementos tencionam sua constituição e seus rumos enquanto partido-movimento. O primeiro está associado à ‘forma-partido’ adotada e o segundo relaciona-se à retroalimentação entre o *Podemos* e os movimentos sociais.

Ainda que não seja o objetivo do estudo aprofundar na história da organização e desenvolvimento da cultura política espanhola (que em seu processo histórico de construção é feito de movimento e contradições em contextos locais concretos), é importante destacar que estes elementos, para além da conjuntura de crise econômico-política, pesaram na construção da resistência e da luta da população trabalhadora espanhola no período. Assim sendo, a efetivação de uma estratégia política institucional (eleições municipais e federais) foi consistente com o caráter de reformas democráticas, concretizada pelo *Podemos* com respaldo

na discussão de base, junto a movimentos sociais e “maiorias sociais”, em defesa dos direitos sociais e democráticos do país (BRINGEL, 2015).

É neste sentido que, para o caso concreto dos ataques à saúde representados mais expressivamente no Real Decreto-ley nº 16/2012, foi possível lograr decisões jurídicas (Tribunal Constitucional) e recuo parlamentar de grande parte dos seus pontos no período de 2012 a 2015. E mais, com a influência na constituição dos programas de governo e assinatura de compromisso dos candidatos à eleição presidencial, especialmente dos partidos de esquerda, retomar a universalização da saúde para os cidadãos espanhóis, ainda que com limitações, em 2018 (BORGES; FERNÁNDEZ; CAMPOS, 2018; BRINGEL, 2015; LÓPEZ, 2019).

A eleição presidencial, em 2018, do governo de coalização da esquerda entre PSOE e Podemos, possibilitou a aprovação do Real Decreto-Ley nº 7/2018 (ESPAÑA, 2018b), que dispõe sobre o acesso universal no SNS, justificado a partir das normativas internacionais, na Constituição de 1979 e Ley General de Sanidad 14/1986 (ESPAÑA, 1986) sobre o direito à proteção à saúde como um direito humano não discriminatório. Nesse sentido, independe da situação administrativa das pessoas estrangeiras no território espanhol, reforçando o caráter público e universal do sistema nacional de saúde. Para tal, modificou artigos da lei de coesão, a qual determinava titulares do direito à proteção à saúde e assistência sanitária por recursos públicos, expandindo o direito para todas as pessoas de nacionalidade espanhola e com residência estabelecida na Espanha, além daquelas em deslocamento temporário previstas em convênios bilaterais entre países e na Comunidade Europeia (ESPAÑA, 2018b).

Segundo López (2019), o Real Decreto-ley nº 7/2018 (ESPAÑA, 2018b) estendeu o direito à assistência sanitária para os estrangeiros mais vulneráveis (sem residência legal), que se encontravam cobertos, anteriormente, apenas em casos de urgência, equiparando-os à residência legal dos que vivem na Espanha. Todavia, mantém sistema diferenciado para funcionários públicos federais, judiciário e militar, além da diferença no acesso aos medicamentos para os estrangeiros sem residência legal, mantendo a participação de copagamento em 40% do preço de venda da medicação para compra. Ademais, as pessoas de estadia temporária, que não estejam trabalhando na Espanha e/ou não disponham do cartão sanitário europeu, deverão arcar com os custos da assistência.

No âmbito da Atenção Primária, tanto questões relacionadas às restrições orçamentárias e melhoria das condições de trabalho para os profissionais, como discussões associadas à articulação com a saúde pública e à orientação comunitária, são recorrentes no cenário espanhol. Especialmente após profundo ataque à política de saúde em 2012, os

debates sobre a Atenção Primária foram se reorganizando no sentido de impulsionar a Saúde Comunitária como aspecto central do processo de trabalho neste nível de atenção. Este movimento desenvolveu-se a partir do trabalho de grupos representantes de organizações de usuários, profissionais e científicas, sindicatos e governos das CCAA e Ministério da Saúde, em uma conjuntura um pouco mais favorável para debates progressistas.

Entre as concepções que configuram a proposta da Saúde Comunitária, pode-se perceber uma tentativa de (re)aproximação às definições da Alma-Ata. No *13º Informe Bienal da Sociedade Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS)*, uma das entidades mais influentes na produção de conhecimentos para o SNS, foram produzidos 18 artigos¹²⁴ sobre contribuições metodológicas, ferramentas práticas para implementação de intervenções, promoção da participação, redes de atividades, entre outras experiências e evidências relacionadas à Saúde Comunitária no contexto espanhol. Reunindo uma diversidade de atores da academia, gestão e profissionais de saúde de diferentes territórios na Espanha, o informe busca dar fundamentação para as propostas de reforma na Atenção Primária com vistas a superar os efeitos da severa crise enfrentada na saúde em 2012 (HERNÁN GARCÍA et al., 2018).

A título de conhecimento das bases teóricas que fundamentam a perspectiva da Saúde Comunitária na Espanha, partimos do texto de Armas, Hernán-García e Cofiño (2018), que contém, além da revisão de literatura especializada, análise de experiências e conhecimentos por meio de entrevistas com especialistas espanhóis reconhecidos na temática. Os autores sinalizam a imprecisão do termo Saúde Comunitária e, em decorrência, a heterogeneidade das suas práticas no setor. No entanto, há um consenso associado à abordagem da saúde para além da dimensão individual e localizada nos territórios espaciais dos bairros, povoados ou municípios. Neste sentido, apontam que, ao se falar em “fazer saúde comunitária”, estar-se-ia referindo à construção de projetos coletivos de melhoria do estado de saúde ou bem-estar de um grupo social em território delimitado, qual seja, através de ações comunitárias (ARMAS; HERNÁN-GARCÍA; COFIÑO, 2018).

Reconhecendo as sobreposições e pontos comuns aos usos dos termos Saúde Comunitária, Educação em Saúde e Promoção da Saúde, é sinalizado pelos autores que a preocupação que permeia estas propostas se dá em torno da questão do “poder”. No âmbito da ação comunitária, entretanto, os autores sinalizam que a abordagem é direcionada à

¹²⁴ Conforme editorial desta edição especial da Revista Gaceta Sanitaria, os artigos são compostos por três grandes eixos de apresentação: quem – atores envolvidos nas experiências de Saúde Comunitária; como – contribuições metodológicas das práticas, intervenções e ações comunitárias; e o quê – experiências realizadas em nível local (HERNÁN GARCÍA et al., 2018).

coletividade, no sentido de “responsabilização” da comunidade pelos próprios processos de saúde e doenças através do reconhecimento dos determinantes sociais e condições de vida. Entre as diversas influências teóricas, entre as quais o Modelo de Atenção Orientado à Comunidade (APOC)¹²⁵, os autores apontam dois conjuntos de modelos: um mais diretamente relacionado às experiências no setor saúde; e outro com influências de experiências de outros setores para ação ou desenvolvimento comunitário (ARMAS; HERNÁN-GARCÍA; COFIÑO, 2018).

Ainda que haja a diferenciação e pouca integração entre as ações de Atenção Primária e Saúde Pública no contexto espanhol, a proposta da Saúde Comunitária procura, em alguma medida, encontrar pontos de convergência entre as três atividades, mas sem uma síntese em um modelo de atenção abrangente para o SNS, vinculando a abordagem à especialidade da “Saúde da Família e Comunidade” (ARMAS; HERNÁN-GARCÍA; COFIÑO, 2018).

Trata-se mais de uma orientação no processo de trabalho na Atenção Primária, com base, sobretudo, no método clínico e atenção centrada nas pessoas pela perspectiva da especialidade da Medicina de Família e Comunidade, do que, propriamente, uma forma de organização/racionalidade do sistema de saúde, tal qual como conhecemos no modelo de atenção da Vigilância da Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro.

São apresentados três níveis de ação comunitária, conforme apresentado no Quadro 25: 1) Assistência individual com orientação comunitária (prática assistencial abordando fatores determinantes sociais através de ferramentas de abordagem familiar, genograma, ecomapa etc.); 2) Trabalho em grupo com orientação comunitária (ações educativas com base na equidade e discussão sobre os determinantes sociais de saúde e incentivo ao “empoderamento comunitário”); 3) Ação comunitária em saúde ou processos comunitários (projetos comunitários intersetoriais para promoção do bem-estar no território a partir dos próprios recursos que a comunidade dispõe) (ARMAS; HERNÁN-GARCÍA; COFIÑO, 2018).

¹²⁵ O APOC é um modelo de Atenção Primária cujos pressupostos remetem à experiência de Sidney e Emily Klark, um casal de médicos que, em 1942, estabeleceu, no centro de saúde Phoela, na África do Sul, uma abordagem da Atenção Primária “orientada para a comunidade”, associando atenção clínica a inquéritos epidemiológicos, educação em saúde e participação comunitária. Utilizou de enfoques de cuidado e prevenção às doenças através de programas de educação em saúde, com apoio de “assistentes de saúde” treinados. É uma das abordagens pioneiras de saúde comunitária, anterior aos projetos de Medicina Comunitária dos EUA (MELLO; VIANA, 2011).

Quadro 25 – A Saúde Comunitária: marcos teóricos e papéis da Atenção Primária e saúde pública na Espanha

	Marcos teóricos	Atenção Primária	Saúde Pública
Nível 1 “Fazer a consulta, olhando para a rua”	- Modelo biopsicossocial - Atenção individual orientada à comunidade - Educação em saúde com a perspectiva dos determinantes	- Abordagem biopsicossocial - Modelo de Cuidados e Atenção Centrada nas Pessoas e no seu contexto - Trabalho em equipe integrada da Atenção Primária - Recomendação de ativos para a saúde ¹²⁶ - Integrar a perspectiva de equidade na prática clínica	- Oferecer informação epidemiológica sobre os determinantes de saúde dos territórios úteis para a prática clínica - Oferecer informação sobre os ativos de saúde existentes nos territórios úteis para conhecer a realidade da prática clínica
Nível 2 “Grupo educativo sobre as causas das causas”	- Educação em saúde com perspectiva dos determinantes - Processos Corretores Comunitários (ProCC) - Grupos Socioeducativos em Atenção Primária (GRUSE)	- Trabalhar com modelos de aprendizagem significativa - Trabalhar com práticas educativas empoderadoras	- Apoio na metodologia e formação para desenvolvimento de intervenções grupais - Coordenação entre os diferentes projetos de promoção de saúde que se desenvolvem nos territórios - Apoio à avaliação destas ações
Nível 3 “O centro de saúde não é o único centro de saúde”	- Modelo APOC - Modelo ABCD (<i>Asset-Based Community Development</i>) ¹²⁷ - Desenvolvimento social comunitário - Ação comunitária	- Participação e acompanhamento de processos comunitários que estejam em andamento - Estimular e dinamizar processos comunitários	- Participação e acompanhamento de processos comunitários que estejam em andamento - Coordenação com outros setores que já estejam trabalhando nos territórios (por exemplo, cultura, meio ambiente, igualdade, participação ...) - Apoio metodológico nas diferentes fases de um processo comunitário: análise da situação (necessidades e ativos), priorização, busca de evidências e avaliação
Comum a todos os níveis: - Realizar aposta política para serviços na Atenção Primária e Saúde Pública de qualidade. - Realizar aposta política e estratégica para uma Atenção Primária e Saúde Pública com orientação comunitária. - Potencializar o papel das equipes e das estruturas diretivas de Atenção Primária para realizar advocacia em saúde sobre elementos relacionados aos determinantes sociais.			

Fonte: ARMAS; HERNÁN-GARCÍA; COFIÑO (2018, tradução livre)

A Saúde Comunitária como eixo central da Atenção Primária foi abordada nos primeiros meses do governo atual de coalizão de esquerda. O documento *Marco Estratégico*

¹²⁶ O campo da economia “ativos” é utilizado para designação de títulos de propriedade (financeira). Na saúde, o termo tem sido usado como “ativos de saúde” relacionados à abordagem salutogênica, de Aaron Antonovsky, para atenção à saúde. É associado ao reconhecimento das determinantes sociais, mas tem como o objetivo, sobretudo, aumentar a capacidade de indivíduos e comunidades em promoverem suas próprias condições de saúde. De acordo com Hernán-García et al. (2019 p. 1): “Un activo para la salud es un factor o recurso que potencia la capacidad de los individuos o las comunidades para mantener la salud y el bienestar. Los activos para la salud pública forman parte del patrimonio de una comunidad y sirven para mantener o mejorar la salud, como fruto de un esfuerzo organizado de las personas, las asociaciones, las organizaciones, las instituciones y los recursos ambientales o culturales.” O modelo salutogênico, ou “modelo do senso de coerência” (constituído por três componentes – cognitivo, instrumental/comportamental e motivacional – e a abordagem dos ativos de saúde partem do pressuposto que os indivíduos e comunidades apresentam capacidades próprias para melhoria do entorno (ambiente) e da condição de saúde, recorrendo aos saberes e recursos de que dispõem. Está intimamente ligado às perspectivas de “resiliência”, potencialidade e capacidade de adaptação diante de adversidades, na abordagem comportamental e “gestão de riscos” na saúde. Visa mitigar as desigualdades e determinantes sociais na prática clínica da Atenção Primária, ampliando a resiliência.

¹²⁷ Modelo anglo-saxão de trabalho social que busca valorizar talentos, recursos, instalações etc. das comunidades para enfrentamento dos seus problemas, ajudando a encontrar elementos positivos nas pessoas e nos contextos para enfrentar adversidades (KRETMANN; MCKNIGHT, 1996 apud HERNÁN-GARCÍA et al., 2019).

para la Atención Primaria y Comunitaria foi aprovado no dia 10 de abril de 2019 na reunião de Conselho de Interterritorial, sem a presença de conselheiros vinculados ao principal partido de direita na Espanha. Não obstante, sua aprovação representou importante movimento de remediação do severo ataque sofrido na austeridade do período anterior, sobretudo pelo reforço da Atenção Primária como espinha dorsal do sistema de saúde e pela retomada da centralidade da participação comunitária. O marco apresenta seis linhas estratégicas, 23 objetivos (Quadro 26) e 100 propostas consideradas marcos teóricos de nova reforma da Atenção Primária, sob a justificativa de atender às demandas da transição demográfica e epidemiológica, expectativas dos usuários e dos profissionais de saúde, aproveitando as TIC para ampliar a capacidade de resolução e atuar na prevenção (ESPAÑA, 2019).

Quadro 26 – Estratégias e Objetivos do Marco Estratégico para Atenção Primária e Comunitária na Espanha 2019 (continua)

Estratégias	Objetivos
Reforço no compromisso do Conselho Interterritorial do SNS com a liderança da Atenção Primária	Constituir estrutura operativa estável no Ministério da Saúde para o desenvolvimento do Marco Estratégico
	Desenhar um Plano de Comunicação para divulgar relevância da Atenção Primária
	Fortalecer a Atenção Primária através do desenvolvimento das Estratégias do Sistema Nacional de Saúde
	Atualizar a Carteira de Serviços da Atenção Primária
Consolidar política orçamentária e de Recursos Humanos que garanta a efetividade e a qualidade da Atenção Primária	Melhorar o financiamento da Atenção Primária
	Melhorar a estabilidade no emprego e condições de trabalho¹²⁸
	Fortalecer a autonomia de gestão das equipes
	Desenvolver a especialidade de enfermeira de família e comunidade e enfermeira pediátrica na Atenção Primária
Melhorar a qualidade da atenção e coordenação com os demais âmbitos assistenciais, serviços e instituições	Melhorar a capacidade resolutive de todos os profissionais, potencializando o trabalho multidisciplinar e transdisciplinar com a visão “centrada na pessoa”
	Desenvolver mecanismos de coordenação entre os âmbitos da atenção

¹²⁸ Entre as ações deste objetivo encontram-se o aumento dos concursos públicos, diminuição da taxa de empregados temporários, convocação de concursos e processos seletivos internos com avaliação de títulos e experiência na Atenção Primária, estabelecimento de critérios (epidemiológicos, demográficos, vulnerabilidades etc.) para adscrição do número de pessoas sob responsabilidade das equipes, análise das demandas e especificidades de territórios e o máximo de pessoas que podem estar cadastradas. **Manter cupo (responsabilidade adscrição equipes) máximo de 1.500 pessoas adultos para as Equipes de Atenção Primária (EAP) e 1.000 crianças para as Equipes de Pediatria (EP), cobrir ausência de profissionais, entre outras** (ESPAÑA, 2019).

Quadro 26 – Estratégias e Objetivos do Marco Estratégico para Atenção Primária e Comunitária na Espanha 2019 (conclusão)

Estratégias	Objetivos
Reforçar a orientação comunitária, promoção da saúde e prevenção na Atenção Primária	Reforçar a coordenação entre Atenção Primária, Saúde Pública e outros setores para o planejamento da Saúde Comunitária, Promoção da Saúde e Prevenção
	Fomentar abordagem biopsicossocial na consulta da Atenção Primária por entrevista clínica integral, recomendação de “ativos para a saúde” e recursos comunitários.
	Fomentar educação para a saúde individual e grupal voltada aos determinantes de saúde
	Estimular a Saúde Comunitária na Atenção Primária através de ações comunitárias, intersectorialidade e participação na abordagem da saúde e determinantes sociais da população
	Estender programas de autocuidado das pessoas e cuidadores em todas as áreas sanitárias
Potencializar o uso das TIC	Promover melhoria contínua da <i>Historia Digital de Saúde</i> [prontuário eletrônico]
	Proporcionar ferramentas de ajuda para a tomada de decisão e seguimento de programas clínicos e de atenção socio-sanitária
	Utilizar consulta não presencial, de acordo com os recursos disponíveis
Estimular a formação e investigação na Atenção Primária	Aumentar a presença da Atenção Primária nos estudos de graduação das ciências da saúde e ciências sociais
	Incluir e consolidar a formação especializada em Atenção Primária
	Melhorar os conhecimentos e promover o desenvolvimento de habilidades dos profissionais de Atenção Primária nas áreas-chave estratégicas do sistema de saúde
	Potencializar a investigação na Atenção Primária
	Adequar a formação das especialidades com desenvolvimento no âmbito da Atenção Primária, de acordo com as necessidades de cada CCAA

Fonte: ESPAÑA, 2019, tradução livre)

Apesar do marco representar uma relativa inflexão ao período anterior na Atenção Primária da Espanha, os ataques neoliberais seguem avançando sobre o processo de trabalho das equipes através dos ditames da qualidade total, gestão da clínica e pressão da demanda do usuário consumidor da saúde. A promoção da saúde por meio de ações comunitárias é encaixada, quase voluntariamente, pelos profissionais de saúde, na rotina de trabalho, apesar das evidências trazidas pelos profissionais e organizações científicas em relação à importância destes aspectos para a condição de saúde dos usuários, prevenção e redução dos custos para o sistema de saúde.

Cabe destacar que os cortes orçamentários, desde a crise de 2008, nas políticas sociais, as reformas administrativas e a reestruturação produtiva nos serviços de Atenção Primária, mediados pelo uso intensivo das TIC, não têm favorecido a retomada de um projeto emancipador para a Saúde Comunitária e realização do cuidado, no sentido forte do termo para a profissão¹²⁹, no cotidiano dos serviços. O cuidado e a orientação do trabalho para a

¹²⁹ As teóricas da enfermagem, apesar das diferentes bases epistemológicas, convergem, em sentido mais geral, para a compreensão do cuidado profissional como um processo relacional de acolhimento e suporte físico, emocional, espiritual e social diante do sofrimento, vulnerabilidade e/ou adoecimento humano. Contudo, é imperioso reconhecer o contexto ambiental, familiar, social e comunitário na determinação do processo saúde-doença, da qualidade de vida e da produção de cuidado. Para além do conhecimento científico e da base teórica ético-política, exige vínculo, tempo e dedicação de acordo com as necessidades individuais, familiares e

comunidade são extremamente dificultosos diante da demanda burocrática das agendas e metas de atendimento estabelecidos nos pactos de gestão, que dizem respeito, sobretudo, à gestão da clínica e suas respectivas intervenções biomédicas para cura e/ou prevenção primária de agravos e doenças.

Para a enfermagem, especificamente, há dificuldade no que concerne à autonomia da profissão, tendo como eixo central o cuidado e a promoção da saúde no âmbito comunitário. Esta dificuldade no contexto espanhol, como em outras partes do mundo, está relacionada, sobretudo, ao reforço sistemático dos modelos biomédico e tecnológico, à prática clínica curativista e/ou preventivista na organização do trabalho em saúde que subordina o cuidado da enfermagem ao projeto político da medicina e aos interesses de mercado. Esta subordinação reproduz e amplia significativamente o processo de medicalização da sociedade, além de hierarquizar e invisibilizar o saber profissional específico da enfermagem, corroborando para a desvalorização concreta do trabalho no contexto da reestruturação dos serviços públicos.

Por outro lado, as lutas das enfermeiras espanholas galgaram importantes conquistas no desenvolvimento da profissão na Atenção Primária nos últimos 30 anos. Especialmente no período da transição democrática, na luta contra a ditadura após a morte do ditador Franco, observa-se uma grande transformação da enfermagem espanhola com a conquista novamente da denominação enfermagem para toda a categoria, em contraposição à fusão de praticantes, matronas e enfermeiras sob a insígnia do *Ayudante Técnico Sanitario* (ATS).

No período franquista, a enfermagem espanhola era dividida em seções colegiadas segundo o sexo, no período de vigência do *Plan Ayudante Técnico Sanitario* de 1953 a 1977: praticantes, *Ayudante Técnico Sanitario Masculino* (ATSM) *Ayudante Técnico Sanitario Feminino* (ATSF) e ATS especialista em gineco-obstetrícia, enfermeiras e *matronas*. De acordo com Germán Bes (2013), as identidades profissionais entre praticantes e enfermeiras eram distintas: os ATS eram considerados ajudantes dos médicos e, em alguma medida, consideravam-se superiores às enfermeiras, considerando-as como “[...] mera prolongación de la madre-esposa en el cuidado de hijos, esposos y parientes enfermos.” (GERMÁN BES, 2013, p. 18). Percebe-se uma tensão entre profissionais de enfermagem que poderiam realizar procedimentos invasivos e as “enfermeiras”, que realizariam cuidados simples, sobretudo no ambiente hospitalar, submissas em relação aos médicos. Havia um forte corte de gênero na organização interna da profissão, desde a formação. Por exemplo, o ensino teórico

comunitárias que se manifestam no cotidiano dos serviços de saúde e territórios de trabalho. Considerando a crise estrutural do capitalismo nos tempos neoliberais, Nancy Fraser (2020) aponta que passamos por uma verdadeira “crise do cuidado” em que processos indispensáveis para a reprodução social, majoritariamente realizado por mulheres, são invisibilizados e negligenciados na dinâmica contraditória do capitalismo financeirizado, ainda que dependa do trabalho reprodutivo de forma irremediável para realização dos seus interesses. Nesta perspectiva, o “cuidado” (trabalho reprodutivo) não é valorizado (socialmente, além de ser pouco ou não remunerado) e menos ainda priorizado em sua dimensão relacional no contexto do processo de produção de mais-valor e lucro (quando se torna necessária a “objetivação” em torno de medidas quantificáveis), a não ser como discurso ideológico de uma ação interessada.

(biomédico, com professores da medicina) era direcionado para os profissionais do sexo masculino, enquanto o ensino eminentemente prático e o internato obrigatório era exigido apenas para as profissionais do sexo feminino, sob condições aviltantes de exploração na prática e moradia em hospitais; na grade disciplinar das mulheres, era obrigatório o “Ensino para o Lar” e para os homens, “noções de medicina legal” etc. (CARLOS; MUÑOZ; PADILHA, 2016)

Entre os anos de 1976 e 1978, contando com forte mobilização das organizações e conselhos profissionais, e sob a influência do movimento feminista¹³⁰, a categoria alcançou as seguintes conquistas:

[...] recuperar el nombre enfermería, obtener el nivel universitario, la unificación de los colegios profesionales femeninos y masculinos en uno, la convalidación de las antiguas “enfermeras de Facultad” con dos años de estudios, anteriores al plan de Ayudante Técnico Sanitario de 1953, la supresión del internado obligatorio para las estudiantes y, en los años siguientes, la obtención del coeficiente 3,6 de técnicos de grado medio, y la largamente demandada carrera propia de Fisioterapia. (GERMÁN BES, 2013, p. 28)

É importante destacar que, nesse contexto de intensas lutas populares e sindicais e disputas políticas socialistas e comunistas, se articulam ao movimento amplo de reforma sanitária o movimento feminista e o das enfermeiras, contra sua completa submissão e subordinação em relação ao trabalho médico¹³¹. Se no período da ditadura franquista à categoria fora atribuído o papel de auxiliar de consultório médico com formação em nível médio, no contexto do movimento feminista, enfermeiras estavam a refletir sobre a atuação das mulheres no trabalho em saúde, na determinação de gênero associada às duplas e triplas jornadas dos cuidados domiciliares e à subordinação ao trabalho do médico (GERMÁN BES, 2013).

O movimento de estudantes e o das profissionais de enfermagem denunciavam as precárias condições de trabalho e formação, as extensas jornadas e o baixos salários. Além

¹³⁰ Entre as décadas de 1960 e 1980, o movimento feminista espanhol se fortaleceu, organizando-se em torno de associações com pautas, tendências políticas e religiosas diversas. Em comum estavam as questões relacionadas à violência de gênero, direitos sexuais e reprodutivos, direitos de cidadania em igualdade com os homens. Entre as associações e movimentos realizados a partir da luta feminista, Germán Bes (2013) aponta: Asociación Española de Mujeres Universitarias, Seminarios de Estudios Sociológicos sobre la Mujer, Movimiento Democrático de Mujeres (Partido Comunista de España), Asociaciones de Amas de Casa y Hogar, Asociación de Mujeres Separadas, Asociación de Mujeres Empresarias, Mujeres Juristas, Seminario Coletivo Feminista de Madrid Colectivo Jurídico Feminista, Frente de Liberación de la Mujer, Unión para la Liberación de la Mujer, Asociación Universitaria para el Estudio de los Problemas de la Mujer, Asociación Castellana de Planificación Familiar, entre outras.

¹³¹ Mais que apenas uma divisão técnica, é uma divisão social e sexual do trabalho em saúde, implicando subordinação e submissão das enfermeiras aos médicos. “El plan ATS colocó a los médicos en el dominio casi completo de la profesión enfermera, y la neutralidad del nombre ATS parece que les interesó ya que podría servir para perpetuar la sumisión de las enfermeras y continuar la socialización de las nuevas ATS. El interés de la élite médica por dominar la profesión enfermera no por razones de calidad profesional y de servicio a la sociedad, se puede ver en la iniciativa de convalidar estudios de medicina por ATS.” (GERMÁN BES, 2013, p. 19).

disso, uma pauta fundamental foi posta em marcha no período em que se tratava da unificação colegial e formação universitária para a categoria com lutas que foram desde greves gerais de estudantes e profissionais, à ocupação de colegiados, mobilização da opinião pública e movimentos institucionais na segunda metade da década de 1970 (CARLOS; MUÑOZ; PADILHA, 2016; GERMÁN BES, 2013).

O mosaico de identidades profissionais que atravessam a organização da enfermagem espanhola tinha como pano de fundo diversas hierarquizações relacionadas ao gênero, sob influência das organizações falangistas no período franquista. A formação universitária não era realidade para nenhum dos segmentos da categoria, sendo, portanto, um ponto focal da luta a unificação e reconhecimento da profissão de enfermagem “diplomada”. Não obstante, diversos percalços nestas lutas foram interpostos internamente à profissão, considerando, especialmente, a resistência de praticantes ATSM¹³²: “Los parcticantes rechazaban la denominación “Enfermeros” ya que estaba asociada a la persona que lleva camillas [...]” (GERMÁN BES, 2013, p. 144).

Um intenso processo de lutas no interior dos Conselhos dos segmentos da profissão desenvolveu-se durante o período da Reforma Sanitária Espanhola e aprovação da nova Constituição em 1978. O reconhecimento e convalidação da formação universitária para todos os segmentos da enfermagem, no novo marco constitucional e sanitário, veio a consolidar o debate de uma “nova enfermagem”. Com apoio de representantes do ICN, da política de enfermagem da OMS e OIT foram se desenvolvendo os marcos regulatórios da formação universitária e o currículo de graduação para a enfermagem (CARLOS; MUÑOZ; PADILHA, 2016; GERMÁN BES, 2013).

Em período um pouco anterior à experiência brasileira de ampliação da qualificação dos atendentes em enfermagem, um processo em “larga escala” foi desenvolvido para transformação das escolas de ATS em escolas de formação universitária, sendo confluyente neste processo as lutas feministas e das enfermeiras no cenário espanhol, as lutas de reconhecimento da autonomia profissional no cenário internacional junto ao ICN, OMS e OIT em profunda transformação a partir da Conferência de Alma-Ata, a transição democrática e a reforma sanitária. Cabe destacar que os pressupostos da Atenção Primária e Saúde para Todos nos Anos 2000 influenciaram e favoreceram as lutas pelo desenvolvimento autônomo da profissão. Apesar das orientações internacionais em relação à extensão da cobertura de

¹³² As resistências em relação ao desenvolvimento autônomo da profissão também aparecem na dificuldade de reconhecimento das enfermeiras pelos médicos que insistiam em manter o reconhecimento dos ATS como auxiliares de seus consultórios.

serviços com profissionais auxiliares (agentes comunitários), o movimento das enfermeiras espanholas foi enfático em garantir que a categoria não reconhecia a necessidade deste novo profissional no contexto nacional (GERMÁN BES, 2013).

A construção da “nova enfermagem” foi se configurando como profissão que não pretendia ser reconhecida como um cargo dual estruturalmente, qual seja, entre a separação dos trabalhos intelectual e manual, manifestado na separação entre dois tipos de qualificação na categoria profissional com exercício do “cuidado indireto” (gerencial) e “cuidado direto” (assistencial), mas unificada em torno da formação universitária. Entretanto, a formação profissional de nível médio dos TCAE manteve-se e tais profissionais remanescentes, em caráter quase residual nos serviços da Atenção Primária, não exerciam procedimentos invasivos nos usuários, e cumpriam, sobretudo, tarefas administrativas e auxiliares simples na organização dos serviços. Segundo Germán Bes (2013), assim estaria desenhada a divisão técnica das profissionais de enfermagem a partir de 1978:

A) El diplomado en enfermería tendría el nivel de la enfermería básica que incluye al ATS convalidado por la UNED académicamente una vez superado el curso de nivelación; e incluye también al ATS-homologado laboral, profesional y nominativamente, pero no académicamente. Este tipo de homologación dio derecho a usar el nombre de DE [Diplomado en Enfermería], a colegiación, a igualdad de derechos laborales, pero no a tener título de DE. (...) **B) Desde el año 1998, se pusieron en marcha los títulos propios, como licenciatura en Enfermería, que luego se transformaron en másteres oficiales.** (...) Con la puesta en marcha del Espacio Europeo de Educación Superior, en 2006, se pusieron en marcha los grados, máster y doctorado en toda la Universidad a los que podían acceder los profesionales de enfermería. **C) Los niveles de FP1 e FP2 [Formación Profesional] siguen sin estar del todo clarificados. Básicamente, los auxiliares de clínica están en FP 1. En la Comisión Interministerial de 1976, se discutió mucho acerca del encuadre de la Enfermería en FP 2 que parecía un encuadre oportuno para los sectores del poder académico y sanitario. Gracias a la postura y la presión ejercida por el colectivo, se obtuvo el nivel universitario básico [bacharelado] para todos los profesionales.** (GERMÁN BES, 2013, p. 203)

Por outro lado, questões relacionadas às condições de trabalho, remuneração isonômica, precarização dos vínculos, desemprego ainda são realidades não superadas pela categoria na Espanha. Nesse sentido, o país enfrenta até os dias atuais sérios problemas em relação às taxas de enfermeiros por habitante em comparação a outros países europeus, ao passo que convive com elevado desemprego, contratos flexíveis, por hora em algumas situações, e alta migração para países como Inglaterra e Alemanha (GERMÁN BES, 2013).

Maria Victoria Antón Nárdiz atuou ativamente na reforma sanitária e da Atenção Primária durante os anos de 1980, realizando uma importante reflexão para a enfermagem comunitária espanhola no livro intitulado *Enfermería y Atención Primaria de Salud: de enfermeras de médicos a enfermeras de la comunidad*. A Saúde Comunitária, aliada aos “novos ares” da Declaração de Alma-Ata, foi um importante motor de desenvolvimento da

autonomia profissional da categoria em relação ao trabalho médico na Espanha. No contexto dos movimentos e das lutas democráticas pela saúde no período, novo escopo de prática e novas teorias tornaram-se necessárias para a sustentação das mudanças na profissão para a Atenção Primária. É relevante destacar a influência da pauta feminista¹³³ no desenvolvimento da “nova enfermagem”, buscando desvincular-se do papel de “auxiliar do profissional médico” (NARDIZ, 1989).

O processo de trabalho da enfermagem, por um lado, é marcado pela presença residual de caráter auxiliar na organização dos serviços para o TCAE; por outro, para as enfermeiras, é marcado pelo caráter integral do cuidado de enfermagem, o qual incorpora sob sua responsabilidade a realização de consultas e procedimentos de enfermagem, além das atividades de visitas domiciliares, ações grupais e educação em saúde na comunidade. O trabalho da enfermeira foi se desenvolvendo, contudo, considerando a centralidade da educação em saúde para a realização do cuidado integral na Atenção Primária (Quadro 27) (NARDIZ, 1989). Para a autora, a Enfermeira Comunitária é aquela que:

Conoce las necesidades de cuidado de salud de la población, posee los conocimientos científicos, las habilidades técnicas y la actitud apropiada para proveerlos a individuos, aislados, en familia o en otros colectivos, allá donde viven, donde trabajan o donde se relaciona, o en los centros sanitarios cuando fuera preciso, desde una concepción de la enfermera como miembro de un equipo profesional, de un equipo interprofesional, que trabaja en coordinación con otras instituciones y abierta a la participación comunitaria. (NARDIZ, 1989, p. 24)

¹³³ É interessante observar que, no processo de transformação da enfermagem espanhola, as pautas e pressupostos do movimento feminista estão mais presentes na nova configuração da profissão: por um lado, buscando superar a fragmentação e divisão técnica e social interna na enfermagem; por outro, romper com o papel submisso à categoria médica. Pascale Molinier (2014) aponta a necessidade de superar a **ética feminista do cuidado**, pautada pela atenção a demandas e satisfação de todos na forma de ajuda, para uma **ética feminista do cuidado que, além de não ceder à demanda de todos, coloca no centro do debate a questão da divisão social e sexual do trabalho de cuidado, “des-hierarquizando e compartilhando-o de outro modo”, sem desconsiderar a importância dos aspectos relacionais e a sororidade entre as mulheres.**

Quadro 27 – Aspectos gerais do Processo de Trabalho da Enfermagem na Atenção Primária Espanha a partir de 1978

Agentes	Objeto	Meios (Ferramentas/Atividades)	Finalidade
Enfermeira Comunitária	Necessidades de cuidado: físicas, psicológicas e sociais para indivíduos, famílias e comunidade nos ciclos de vida (especialmente por programas de saúde para adultos e idosos portadores de doenças crônicas)	Educação em Saúde Consulta de Enfermagem Visita domiciliar Procedimentos de enfermagem e medicações parenterais Ações intersetoriais, Participação Comunitária e defesa do direito de saúde	Cuidado Integral à Saúde
TCAE ¹³⁴	Auxílio na organização dos ambientes do serviço e apoio na atenção dos profissionais de nível superior às necessidades de cuidado	Educação em Saúde Tarefas simples (limpeza e organização de materiais, apoio em cuidados simples aos usuários em atividades educativas, entre outras)	Apoio na organização dos ambientes e na rotina dos serviços

Fonte: Adaptado de Nardiz (1989, tradução livre)

O estudo de Hueso Navarro (2015), 25 anos após a transformação da Enfermagem na Atenção Primária da Espanha, aponta para “luzes e sombras” no desenvolvimento do trabalho das enfermeiras ao longo dos anos. A organização do processo de trabalho das enfermeiras nas equipes de Atenção Primária pode se dar em três formatos: por atividades (especialização das atividades, a exemplo das enfermeiras obstétricas (*matronas*) e pediátricas, que atendem aos respectivos públicos específicos); por Unidade de Atenção Familiar – cada enfermeira segue o mesmo *cupó* (cadastro individual) dos profissionais médicos e organiza sua atenção de forma conjunta ao atendimento médico, é a forma mais comum de organização na Atenção Primária da Espanha); e setorizados (territorializado – atenção à determinada população delimitada geograficamente).

Ainda que haja crescente reconhecimento da sua importância no âmbito da Atenção Primária, observaram-se críticas relacionadas à “indefinição” das atribuições profissionais e “falta de compartilhamento” do trabalho com os médicos. Isto é, ausência de “delegação” ou “ordenamento” de tarefas para enfermeiras pelos médicos, com vistas a diminuir a carga de trabalho médico, ao mesmo tempo que surgiam acusações quanto ao *intrusismo* profissional das enfermeiras na prática médica (HUESO NAVARRO, 2015).

A autora chama a atenção para a falta de alinhamento aos conceitos e filosofia dos serviços à perspectiva de Alma-Ata, o que também favoreceu um entendimento equivocado na organização do trabalho das enfermeiras, assim como de outros profissionais das equipes, considerando-o como “dispositivo de apoyo a las demandas de los médicos y no a la

¹³⁴ Ainda que tenha sido aprovado novo estatuto-marco da saúde em 2003 (Ley 55/2003), atualizando a descrição das funções dos profissionais de saúde, os TCAE permanecem com a descrição de suas atividades sob o marco anterior do Estatuto del Personal Sanitario no Facultativo de la Seguridad Social de 1973. Neste também estavam descritas as atividades das enfermeiras e ATS considerados, no período, não como profissionais de saúde “titulados” (graduação).

población” (HUESO NAVARRO, 2015, p. 157). Ademais, nota-se a incompatibilidade dos indicadores para medição de resultados, que não sensíveis à prática das enfermeiras, e a discriminação de gênero, que associa o trabalho das mulheres à “vocação e altruísmo”, portanto, “sem valor econômico”, tornando invisíveis¹³⁵ suas ações de cuidado (HUESO NAVARRO, 2015). A autora aponta para as seguintes atividades do processo de trabalho das enfermeiras que se desenvolveram mais fortemente na Atenção Primária: a Consulta de Enfermagem, a Atenção Domiciliar, Atividades Comunitárias e Serviços Comuns (Quadro 28).

Quadro 28 – Aspectos das atividades do processo de trabalho da enfermeira na Atenção Primária na Espanha (continua)

Atividade	Ações/Práticas	Objetivos	Dificuldades	Problemas
Consulta de Enfermagem	Encontro usuário e/ou família no Centro de Saúde para assistência individualizada para acompanhamento de usuários portadores de DCNT e materno-infantil, conselhos e detecção precoce de enfermidades.	Ajudar usuário no cumprimento de objetivos estabelecidos para resolução dos seus problemas de saúde.	Trabalho em equipe pouco desenvolvido Formação, experiências e expectativas dos profissionais voltada ao modelo biomédico, assistencial curativo. Sistemas de Informação com linguagem biomédica, enfoque positivista e distante da realidade cultural espanhola (taxonomia NANDA, NIC e NOC).	Prevenção centrada no controle de patologias crônicas com base em protocolos e diretrizes clínicas. Medicalização da vida Submissão à prática médica.
Atenção Domiciliar	Consulta de Enfermagem no domicílio do usuário, especialmente para idosos, acamados, recém-nascidos e puérperas.	Detectar, avaliar, apoiar e controlar os problemas de saúde dos grupos familiares; realizar abordagem familiar e das cuidadoras de usuários altamente dependentes	Aumento da quantidade de realização de Visitas Domiciliares diante dos cortes orçamentários e diminuição do tempo de internação nos hospitais, aumento de usuários dependentes, restritos aos domicílios com DCNT*.	Prevenção centrada no controle de patologias crônicas com base em protocolos e diretrizes clínicas. Medicalização da vida Submissão à prática médica.

¹³⁵ A autora faz extensa pesquisa relacionada ao trabalho da Enfermeira Comunitária, chamando a atenção para a questão de gênero associada à definição da prática profissional. Nesse sentido, traz para o debate aspectos do “cuidado invisível” da enfermagem, considerando sua relação direta com a invisibilidade do trabalho reprodutivo das mulheres no âmbito domiciliar e sua desvalorização social (HUESO NAVARRO, 2015). Todas aquelas ações do âmbito relacional e do afeto, associadas a cuidados técnicos físicos ou não, que envolvem a atenção e preocupação em relação ao estado de saúde das pessoas, prevenindo e usando da precaução para evitar danos à saúde, mas, sobretudo, acolhendo o sofrimento e mantendo a dignidade dos usuários, discutido por Germán, Germán y Hueso y Isabel Huércanos (apud HUESO NAVARRO, 2015), são apontadas pela autora como centrais no processo de trabalho das enfermeiras. Sendo o objetivo fundamental do trabalho, promover o bem-estar, a segurança e o fomento à autonomia dos usuários, suas ações se relacionam a cuidados vinculados socialmente ao papel das mulheres, e realizados em produtos intangíveis (relacionais e de afeto), desvalorizados e não mensuráveis no âmbito da organização do trabalho que preza por resultados “objetivos” (clínicos, sobretudo). Tal fato insere a problemática do não reconhecimento e do sobretrabalho da profissão à discriminação de gênero (HUESO NAVARRO, 2015).

Quadro 28 – Aspectos das atividades do processo de trabalho da enfermeira na Atenção Primária na Espanha (conclusão)

Atividade	Ações/Práticas	Objetivos	Dificuldades	Problemas
Atividades Comunitárias	Atenção a grupos populacionais centrada na promoção da saúde, educação em saúde, vigilância no território e participação comunitária.	Promover a saúde e a qualidade de vida da população no território: grupo de mulheres, ações escolares etc.	Atividade realizada voluntariamente pelos profissionais, sem diretrizes e o respaldo necessário da administração.	Pouco desenvolvido na Atenção Primária. Reforço à prevenção centrada no controle de patologias crônicas com base nos protocolos.
Serviços Comuns	Realização de injetáveis, curativos, coleta de exames, exames diagnósticos.	Realizar procedimentos de enfermagem para diagnóstico e tratamento de enfermidades.	Aumento na realização de procedimentos técnicos nos Centros de Saúde e domicílios, com demandas de procedimentos anteriormente realizadas no ambiente hospitalar.	Diminuição do tempo disponível para planejamento e realização de ações no âmbito comunitário.

*Esta demanda remete à criação da Enfermeira “Gestora de Casos” como responsável pela continuidade da atenção no retorno da internação hospitalar do usuário ao domicílio. A profissional realiza a conexão e coordena o plano de cuidados no pós-alta hospitalar junto às equipes de Atenção Primária. Acompanha a evolução clínica dos usuários e capacita as enfermeiras das equipes adscritas à área de saúde do hospital de referência na sua “Unidade de Gestão Clínica”.

Fonte: Adaptado de Hueso Navarro (2015, tradução livre)

Há um processo progressivo de mudanças na definição das atribuições das enfermeiras da Atenção Primária com base na justificativa da transição epidemiológica e demográfica. Assim, potencializar a consulta da enfermeira é um dos enfoques que tem sido cada vez mais adotado para atender à “crescente demanda assistencial” também na Espanha. De acordo com Hueso Navarro (2015), as propostas de especialização da enfermagem comunitária espanhola, no início dos anos 2000, teria seguido as orientações da secretaria regional da OMS Europa no documento *Salud 21* (OMS, 1998), com forte influência do modelo inglês da enfermeira “gestora de casos”, as quais realizam a função de filtragem e gestão das demandas clínicas de usuários portadores de DCNT e ligação dos planos de cuidados do pós-alta hospitalar e serviços sociais.

La base para la justificación de la especialidad [enfermería comunitaria] se fundamentaba en los cambios sóciodemográficos que se esperaban en un tiempo no muy lejano. El crecimiento de la esperanza de vida; con un nuevo modelo epidemiológico; con predominio de las enfermedades de carácter crónico; y otros problemas de salud emergentes, como los relacionados con los malos tratos y los que conllevan el desarraigo y rechazo de la población inmigrante sin recursos. Uno de sus planteamientos centrales es que, para resolver un problema de salud, es fundamental estudiarlo en el medio en que se ha desarrollado y su evolución en el tiempo. **De manera que se puedan estudiar los factores determinantes o las causas, interpretar los síntomas y signos o lograr el seguimiento de un tratamiento, así como el aprendizaje de un correcto autocuidado. Recogían también la tendencia de los servicios sanitarios a que la mayor parte de los problemas de salud sean resueltos en el ámbito comunitario, que según la evidencia científica, resulta más económico, y tiene, como consecuencia, un mayor desplazamiento de los servicios del hospital a domicilio.** Así son las tendencias y el ejemplo de otros países como Suecia e Inglaterra, en los que los dos ejes estratégicos que están dando mejores resultados son, por un lado, hacer de la atención primaria en el centro del sistema sanitario y, por otro, desarrollar los sistemas integrados de salud. **Por ello, en el documento, se recogía la política de gestión de los costes de la atención. Planteaban La Atención Domiciliaria como**

medida eficaz y como prioridad del Sistema Sanitario para hacer frente al vertiginoso crecimiento de la demanda de atención de las personas dependientes en los próximos años, así como la necesidad que se plantea de coordinar los cuidados en los pacientes de alto coste, que requieren muchos cuidados y por ende gran consumo de recursos. (HUESO NAVARRO, 2015, p. 166)

A despeito das dificuldades em se pôr em marcha o desenvolvimento da especialidade da Enfermagem Comunitária, estabelecido pelo Real Decreto-ley nº 450/2005 (ESPAÑA, 2005), o decreto não vinculou as vagas para os postos de trabalho na Atenção Primária à especialidade, apesar dos esforços das Associações, Federação e Sociedades de Enfermagem Comunitária, favoráveis a esta especialização dos cargos. Além disso, identifica-se a presença da discussão sobre a Enfermagem de Prática Avançada (EPA) no país para ampliação do escopo de práticas clínicas das enfermeiras, conforme o modelo inglês das *Nurses Practitioners*¹³⁶, associada ao debate do aumento da “demanda assistencial” com proposições de “gestão compartilhada da demanda” junto aos médicos, demanda provinda, sobretudo, da gestão dos SRS (COMELLAS-OLIVA, 2016; HUESO NAVARRO, 2015; TOSO, 2017).

Esta forma de presença da enfermeira nas equipes é apontada como estratégia de assistência mais econômica, com aumento da qualidade e da satisfação dos usuários, favorecendo a continuidade e coordenação do cuidado especialmente para os usuários portadores de DCNT na Atenção Primária. Entretanto, é importante reconhecer que questões relacionadas ao âmbito comunitário da atenção e às desigualdades de gênero no trabalho não encontram uma solução viável dentro da organização do sistema sanitário uma vez que os esforços se direcionam à racionalização de procedimentos e intervenções técnicas, pautado, sobretudo, pela dimensão econômica diante da restrição orçamentária para as políticas de saúde.

Analisando a totalidade do desenvolvimento das ações do Estado nas políticas públicas sociais no contexto de um capitalismo em crise estrutural, pode-se perceber que aliados à dinâmica gradual da restrição orçamentária para pagamento da dívida pública, avançam-se as estratégias de privatização e os instrumentos de conformação da força de trabalho subordinada à sua lógica própria em tempos da acumulação flexível e financeirização: redução de custos e aumento da produtividade com vistas à obtenção de

¹³⁶ A experiência inglesa da “gestão compartilhada de demanda” na Atenção Primária parte da utilização da força de trabalho das enfermeiras como primeiro ponto de contato no sistema de saúde com a finalidade de realizar “filtragem” nos atendimentos para consulta médica, atendendo a patologias leves e/ou DCNT (PINO CASADO; MARTÍNEZ RIERA, 2007).

maiores taxas de lucro e/ou de menor “gasto sanitário” às custas da ampliação da exploração da força de trabalho em saúde.

À medida que a mercantilização da saúde avança, aprofundam-se as estratégias de redução de custos no processo produtivo da saúde, de preferência remediando algumas das consequências, mas sem impedir a reprodução ampliada do capital. Em se tratando do grave problema da transição epidemiológica e demográfica, com a elevada prevalência das DCNT, o foco do enfrentamento desta situação é a mitigação das consequências, sem afetar a medicalização, consumo em saúde e retorno de investimentos financeiros no setor. A “gestão da clínica” e cuidado (clínico) de enfermagem às DCNT no âmbito comunitário torna-se uma boa estratégia de reprodução ampliada do capital na saúde, possibilita o reforço do modelo biomédico e a medicalização, com aumento da circulação e consumo de insumos e medicamentos, reduz os custos na produção de saúde, diminuindo leitos hospitalares e tempo de internação, mas, sobretudo, reduzindo o custo da força de trabalho em saúde.

Assim, é possível entender a reorientação do trabalho da enfermagem na Atenção Primária voltada à proposta da ampliação das suas responsabilidades e atribuições, mas não na finalidade precípua do cuidado de enfermagem na Saúde Comunitária, qual seja, no cuidado integral, com base na promoção da saúde e na ação comunitária para enfrentar as causas dos problemas de saúde. O cerne do problema é o **tempo disponível**, tanto para os usuários realizarem seu autocuidado e viverem saudavelmente, como para que as enfermeiras possam realizar a plenitude do seu cuidado profissional, que envolve as relações interpessoais intangíveis, tendendo a ser mais invisibilizado e/ou relegado a segundo plano.

Em se tratando do aprofundamento do modelo biomédico no processo de trabalho da enfermeira, pode-se observar a articulação das mudanças no modelo de gestão, a partir das reformas administrativas no Estado, à proposta da “gestão clínica” como eixo central do trabalho no sistema de saúde espanhol. Em meio à crise orçamentária entre os anos de 2010 e 2013, uma série de medidas de reforma na gestão do sistema de saúde se manifesta em acordo formal entre o Ministério da Saúde, Conselho Geral de Enfermagem e Sindicato dos Enfermeiros na Espanha. Este pacto formaliza a adesão às mudanças no gerenciamento da força de trabalho por meio da implementação de métodos de avaliação qualidade e medição dos resultados com base nos aspectos clínicos da assistência. Entre os pontos relacionados ao *Pacto por la Sanidad*, destacam-se:

10. Afrontar la planificación de necesidades en recursos humanos (RRHH), así como un uso racional de los recursos sanitarios y promover la participación, la motivación y el reconocimiento social de los profesionales sanitarios, implicándolos en la gestión de los recursos del SNS. Es imprescindible que las instituciones sanitarias estén dotadas de un sistema organizativo en el que cada grupo profesional

asuma la responsabilidad de la toma de decisiones en su ámbito de competencia exclusiva, contribuyendo en la consecución de los objetivos de calidad y seguridad del paciente planteados, disponiendo para ello de autonomía de gestión, control y responsabilidad sobre su campo de actuación. Para ello, **se promoverá un marco jurídico específico del profesional enfermero y un modelo de reconocimiento vinculado a este modelo de gestión clínica por procesos, que favorezca los principios de excelencia profesional y de gobernanza del sistema sanitario público.**

11. Impulsar la investigación y el desarrollo en el ámbito sanitario al tiempo que se establezca un órgano que **evalúe de manera autónoma, independiente y profesional las prestaciones, la calidad de los cuidados y las tecnologías sanitarias.**

12. **Avanzar en el terreno de la acreditación de centros e instituciones sanitarias en base a la calidad de la asistencia y la seguridad de los pacientes.**

13. Establecer **indicadores de resultados en salud, centrados en conseguir entornos de cuidados seguros para los pacientes, no limitándose simplemente a cuantificar actuaciones o costes. Los indicadores de continuidad asistencial y calidad percibida de los usuarios, de errores, complicaciones e infecciones nosocomiales, deberán constituir la base para la evaluación del logro de entornos de cuidados seguros. La transparencia de datos de desempeño deberá ser amplia y estar actualizada, llegando a nivel de centro y servicio sanitario con la colaboración de las CCAA.** (MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD; CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA; SINDICATO DE ENFERMERÍA, 2013, p. 3)

O acordo dispõe de uma série de pontos de adequação da prática da enfermagem às mudanças no SNS, sobretudo indicando mudanças na qualificação e regulação profissional com vistas a proporcionar o respaldo legal e técnico à profissão na assunção de práticas clínicas, prescrição medicamentosa e de insumos de uso humano. Além disso, articula questões da regulação profissional às demandas de acreditação para avaliação de desempenho contínua, com base nos pressupostos da clínica, sob o argumento da “excelência profissional” e otimização do atendimento das enfermeiras no contexto de gerenciamento do trabalho por meio da “gestão clínica por processos” e da organização dos serviços em Unidades de Gestão Clínica (UGC)¹³⁷ (MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD; CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA; SINDICATO DE ENFERMERÍA, 2013).

É importante destacar que os acordos realizados entre as categorias profissionais e Ministério da Saúde ocorreram em meio a severa conjuntura de crise político-econômica na Espanha, sob a justificativa de implementação de reformas para a manutenção da sustentabilidade do SNS:

¹³⁷ Conforme documento da Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), em 2014, a Unidade de Gestão Clínica (UGC) é um formato de organização descentralizada dos serviços que prezam pela adoção de estratégias em nível micro das equipes por melhoria dos resultados sanitários. A UGC organiza-se a partir da gestão da clínica para favorecer “melhores práticas assistenciais com o melhor uso dos recursos disponíveis”. (FADSP, 2014) Se associarmos essa organização do trabalho às estratégias de mercantilização da saúde, tanto a “qualidade” é superficial, como a produtividade não é voltada à atenção das necessidades de saúde na sua integralidade, mas sim para “resultados sanitários” (normalmente restritos à dimensão clínica das doenças) através de um processo de aceleração da produção de atos/intervenções e, respectivamente, o consumo da mercadoria saúde.

[...] son necesarias reformas que permitan reforzar la sostenibilidad, mejorar la eficiencia en la gestión, promover el ahorro y las economías de escala, introducir nuevas herramientas a través de las nuevas tecnologías, ganar en cohesión territorial, coordinar los servicios sanitarios y los sociales y, sobre todo, garantizar la equidad, calidad y seguridad del paciente, en todo el territorio nacional. (MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD; CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA; SINDICATO DE ENFERMERÍA, 2013, p.15-16)

O processo em direção à ampliação da qualificação e autonomia profissional, a partir da década de 1970, carrega consigo as condições da reorientação do trabalho voltado à assistência clínica individual (de forma subordinada à gestão da saúde no Estado capitalista por meio da aprovação de protocolos e diretrizes clínicas) em um contexto de progressiva restrição orçamentária para as políticas públicas sociais e mercantilização nos sistemas universais de saúde. Nesta perspectiva, a reorientação do trabalho articula-se a um processo de reestruturação produtiva na Atenção Primária, com base nos preceitos da qualidade total, através da “gestão clínica” ou “gestão por processos” nos serviços de saúde e no controle dos processos de trabalho apoiado nas TIC, aliados à precarização das condições de trabalho e mercantilização progressiva nos sistemas de saúde.

Como já mencionado anteriormente, o processo de mobilização contra a privatização do sistema de saúde, encarnado principalmente no Real Decreto-ley 16/2012, ocorreu de forma ampla no período, implicando diminuição da velocidade de avanço e/ou reversão de algumas medidas de mercantilização na saúde. Ainda assim, muitas ações de contrarreformas têm sido realizadas de forma gradual e silenciosa, destituindo o caráter de direito universal na saúde e a própria configuração do processo de trabalho dos profissionais, com base neste entendimento. Tudo isso mina a concepção ampliada da saúde, a solidariedade social, a determinação social do processo saúde-doença, a perspectiva da promoção da saúde para qualidade de vida através da ação comunitária e, paradoxalmente, a autonomia dos profissionais na realização do cuidado de enfermagem. É imperioso reconhecer que a precarização das condições de trabalho e a fragilização dos vínculos dos servidores públicos da saúde¹³⁸ são um dos instrumentos mais potentes para dificultar a organização e a resistência¹³⁹ dos profissionais na luta em defesa do direito universal da saúde.

¹³⁸ É fundamental reconhecer a capacidade de enfrentamento que os profissionais de saúde na Atenção Primária espanhola possuem na luta pelo direito universal à saúde, qual seja, pela organização profissional, sindical e de melhores condições de segurança no emprego, ainda que a carreira pública esteja sendo vilipendiada gradualmente. Diversas estratégias desde a luta institucional, atos de resistência, mobilização social e produção de conhecimento implicado na defesa do direito universal, dignidade dos usuários e do trabalho dos profissionais no SNS foram desenvolvidos no período.

¹³⁹ As mudanças operadas nos processos de trabalho sob controle absoluto do capital favorecem a diminuição do valor e do preço da força de trabalho, o que, aliado ao aumento da população supérflua, é um importante instrumento de fragilização e neutralização das lutas dos trabalhadores, combinando formas de extração de mais-

Neste ciclo de crise entre 2008 e 2015, além das mobilizações já citadas, cabe destacar os impactos da *troika* no processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária na Espanha e as respectivas estratégias de resistência da categoria em defesa do direito universal à saúde. Além do aumento de procedimentos especializados e assistência individual nos centros de saúde e do reforço ao modelo biomédico na atenção, o agravamento vertiginoso dos problemas de saúde dos usuários, os cortes financeiros, a sobrecarga de trabalho, redução salarial, aumento da relação paciente-enfermeiro e não reposição da força de trabalho nos serviços estão entre os principais impactos da crise de 2008 no processo de trabalho das enfermeiras (DAVID et al., 2020; GEA-SÁNCHEZ et al., 2021; MARTÍNEZ-RIERA, 2012)

A restrição do acesso de usuários em situação de empobrecimento e fragilidade socioeconômica foi considerada um dos ataques mais perversos ao direito à saúde a partir do Real Decreto-ley 16/2012. A negação da assistência para esta população tornou-se um inevitável problema ético (e sofrimento moral) para a categoria nos serviços de urgência, Atenção Primária e especializada, ferindo códigos deontológicos profissionais nacionais e internacionais. Entre as medidas individuais de resistência, pode-se perceber uma série de ações de “desobediência civil”, apoiadas e com o suporte dos conselhos e associações profissionais, garantindo o acesso sem discriminação aos usuários nos serviços de saúde (CASTELL; AINAUD, 2013; GEA-SÁNCHEZ et al., 2016, 2021).

Por fim, se no contexto espanhol a capacidade de resistência dos profissionais de saúde à avassaladora onda de contrarreformas neoliberais favoreceu a reversão de algumas das suas medidas mais draconianas, isto se deve, entre outras razões, sobretudo, à organização dos trabalhadores e menor insegurança nas condições de trabalho. No caso das enfermeiras, é importante ressaltar que, apesar dos retrocessos no desenvolvimento da profissão no período da ditadura franquista e das organizações falangistas da saúde, a luta no período da redemocratização espanhola, com a força que representava os movimentos sociais feministas, favoreceram uma maior coesão entre as profissionais de enfermagem. Esta coesão refletiu-se na defesa da autonomia profissional em relação à prática médica e da formação universitária para (quase) todas as trabalhadoras de nível médio no período (ainda que o caráter residual do TCAE permaneça, suas atividades têm menor peso (quantitativo e qualitativo) na totalidade das divisões técnica e social do trabalho da enfermagem no âmbito da Atenção Primária).

É preciso, no entanto, que seja reconhecido o cerne da autonomia e da finalidade do trabalho da categoria que diz respeito ao cuidado, em suas bases relacionais, para promoção,

prevenção, manutenção e recuperação da saúde dos usuários, famílias e comunidades. Isto é, há que se ter atenção em relação aos “perigos” e “riscos” de uma autonomia na prática clínica. Isso porque, antes de se tratar de valorização real do cuidado de enfermagem, responde à demanda da reprodução ampliada do capital no aprofundamento da divisão social e técnica do trabalho em saúde, delegando tarefas médicas simplificadas para uma força de trabalho (feminizada) com menor custo na totalidade do processo produtivo da saúde.

Este aspecto da reorientação e reestruturação produtiva no trabalho é mais visível no desenvolvimento das políticas de saúde e da enfermagem na Atenção Primária dos países periféricos, tal como no caso brasileiro. A intensidade dos processos de desmonte das políticas públicas sociais é ainda maior, considerando que não houve e não há as condições objetivas de estabelecimento de um Estado de Bem-estar Social¹⁴⁰, como na Europa. Ainda que tenhamos um sistema de saúde público universal, fruto de duras lutas da Reforma Sanitária Brasileira, sua “sustentabilidade” no Estado, desde sua implementação, é vilipendiada. Esse fato implica um nível mais intenso de exploração¹⁴¹ da força de trabalho no país e incidência diferenciada das propostas dos organismos internacionais para o desenvolvimento da Atenção Primária e da enfermagem no cenário dos países periféricos. Há

¹⁴⁰ Ao considerarmos a dinâmica do capitalismo na divisão internacional do trabalho, especialmente pelos “óculos” da TMD, constatamos que os países periféricos não apresentam a viabilidade de sustentação de um Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*), justamente pela dinâmica da superexploração e pelo caráter violento (repressão e coerção) do Estado que mantém os níveis de rebaixamento do preço da força de trabalho muito abaixo do seu valor. É precisamente pela superexploração do trabalho nos países periféricos que se tornou possível a “sustentação” do Estado de Bem-Estar Social nos países centrais (viável por questões políticas). Ainda assim, estes se encontram em franco ataque e desmonte a partir da crise estrutural do capitalismo na década 1970 (CARCANHOLO, 2008; TUMOLO, 2003) “Embora tenha obedecido a razões fundamentalmente políticas, dado o quadro histórico da época, a emergência e consolidação do *Welfare State*, por um interregno, só foi possível em razão, por um lado, desse elemento determinante da base material e, por outro, da ‘exportação’, para a periferia do sistema, das características de agudização das contradições da acumulação de capital, sobretudo a redução do preço da força de trabalho acentuadamente abaixo de seu valor, o que dificultou ou inviabilizou a implantação do Estado do Bem-Estar Social nessa parte do sistema.” (TUMOLO, 2003, p. 170).

¹⁴¹ Em outros termos, pode-se dizer que, nos países periféricos, a exploração ganha contornos de “superexploração”. De acordo com Carcanholo (2008), na perspectiva da TMD, a relação entre desenvolvimento e subdesenvolvimento é marcada pelo antagonismo e complementaridade, isto é, qualitativamente diferente dentro da lógica de acumulação capitalista, mas ambos necessários à dinâmica do capital global, constituindo um conjunto de condicionantes histórico-estruturais da dependência nos países “subdesenvolvidos” através de mecanismos de transferência de valor da periferia para o centro no comércio internacional. A “saída estrutural” de recursos gera problemas na produção de excedentes na periferia. Assim, seu processo de acumulação está baseado na **superexploração do trabalho: “[...] o que implica o acréscimo da proporção excedente/gastos com força de trabalho, ou a elevação da taxa de mais-valia, seja por arrocho salarial e/ou extensão da jornada de trabalho, em associação com aumento da intensidade do trabalho. Ou seja, os condicionantes da dependência colocam uma maciça transferência de valor produzido na periferia que é apropriado no centro da acumulação mundial, e a dinâmica capitalista na periferia é garantida pela superexploração da força de trabalho, ao invés de bloquear esses mecanismos de transferência de valor.”** (CARCANHOLO, 2008, p. 256) Neste sentido, o consumo da força de trabalho é severamente restringido (preço abaixo do valor da sua força de trabalho), a distribuição de renda e riqueza é regressiva e a marginalidade e violência sempre crescentes, diante da grave expressão da questão social nos países periféricos.

que se considerar, entre outras questões, o contexto de elevada demanda de atendimento para populações mais vulneráveis, maior elitização da medicina e expansão do mercado de planos privados de saúde, fragilização e precarização das condições de trabalho, maior criação de vazios sanitários (assistência médica) em territórios empobrecidos e remotos e, sobretudo, a grave restrição orçamentária para financiamento dos serviços públicos de saúde.

Por outro lado, as resistências não foram menores no período de redemocratização brasileiro e o arcabouço teórico da Medicina Social Latino-Americana e Saúde Coletiva no desenvolvimento das profissões e do processo de trabalho na Atenção Básica é elemento fundamental para entender a capacidade de luta pelo direito universal e integralidade da atenção sob a concepção ampliada de saúde no Brasil. Neste sentido, o foco dado à “gestão do cuidado”, através do trabalho em equipe interdisciplinar, e o enfrentamento da determinação social por meio do modelo de vigilância da saúde são pontos centrais na compreensão do desenvolvimento da profissão na Atenção Básica e das suas lutas e resistências, como veremos a seguir.

3.2 Sistema Único de Saúde, Atenção Básica e a enfermagem na Saúde Coletiva brasileira: concepções, resistências e lutas

A formação dos sistemas e dos modelos de atenção à saúde no Brasil relacionam-se com a dualidade de organização das ações de saúde pública (campanhas) e assistência individual pela medicina liberal (curativo, hospitalocêntrico) através da Previdência Social (RIZZOTTO, 2013). É a partir da centralização e incorporação da assistência médica, seguro social e benefícios previdenciários sob a regulação do Estado, na década de 1930, que se estrutura a concentração de recursos como um poderoso mecanismo de acumulação estatal. Por um lado, estes recursos proporcionaram o fundo monetário para realização do projeto desenvolvimentista brasileiro entre os anos 1930 e 1960. Por outro, a assistência não foi ofertada a partir de rede própria no período, e sim por contratação de serviços de terceiros, por meio de convênios com hospitais, clínicas e profissionais autônomos, constituindo o complexo previdenciário de assistência médica e início do complexo médico-industrial brasileiro (CORDEIRO, 1983; TEIXEIRA, 1980).

A expansão dos serviços médicos previdenciários ofertados pelo Estado é marcada por uma estratégia de fortalecimento da base política popular da massa urbana trabalhadora, sendo

progressivamente ampliada entre os anos de 1945 e 1960, contudo baseada em convênios com instituições privadas para a prestação dos serviços. Não obstante, os elevados custos da ampliação da cobertura de benefícios e riscos dos segurados por meio da compra de serviços privados e a conjuntura de acirramento da luta de classes entre os anos de 1960 e 1964 contribuíram para a crise político-financeira do período, que culminaria no Golpe empresarial militar de 1964. É durante o regime da ditadura militar empresarial brasileira que se tem a unificação da Previdência Social, como uma das formas de acumulação de capital da classe empresarial, aliada à intensificação da exploração do trabalho da massa urbana trabalhadora, ainda que com relativa ampliação de políticas sociais para alívio das tensões sociais (TEIXEIRA, 1980).

Neste contexto, tem-se o aprofundamento do processo de acumulação de capital no setor saúde, articulando, através do Estado, como apontava Hésio Cordeiro, quatro componentes na capitalização e transformação empresarial da saúde (o cuidado de saúde, a formação do pessoal de saúde, a produção de equipamentos e de medicamentos) na constituição do complexo médico-industrial brasileiro. É, sobretudo, a partir da articulação entre grupos médicos com o setor previdenciário que se estabelece o vínculo entre a burocracia estatal e o setor empresarial médico, viabilizando a implantação de políticas de convênios da medicina de grupo com empresas e credenciamentos de setores autônomos da medicina (CORDEIRO, 1983).

Esta relação entre Estado e produção de serviços de saúde (relação público e privada) no Brasil favoreceu enormemente o crescimento das empresas médicas (cooperativas, medicina de grupo etc.), sendo apontado pelo autor a tendência à oligopolização dos complexos hospitalares articulados à medicina de grupo por meio da associação com o capital financeiro internacional. Esquemas de contratação/concessões do aparato previdenciário, incentivados por reforma administrativa de descentralização, em 1966, favoreceram ainda mais o crescimento de sociedades médicas “benéficas”, grupos de medicina pré-pagamento (CORDEIRO, 1983; SESTELO, 2018).

Durante o avanço do projeto neoliberal no cenário mundial, no Brasil, vivia-se a efervescência da luta pela redemocratização de uma ditadura militar que durou longos 21 anos. Os movimentos populares, sindicalistas, feministas e anticapitalistas favoreceram uma melhor correlação de forças na luta de classes para a classe trabalhadora neste período. Neste contexto, o movimento sanitário brasileiro foi capaz de construir arcabouço teórico e catalisar forças sociais para a pauta fundamental do direito universal à saúde, sobretudo, para defesa da concepção ampliada de saúde e construção do Sistema Universal de Saúde (SUS) sob a

consigna “saúde é democracia” (FLEURY, 2018). Desta forma, é importante fazer uma breve digressão sobre os principais debates teórico-críticos na construção da Reforma Sanitária Brasileira que fundamentaram a construção do modelo assistencial e do sistema de saúde brasileiro.

As construções conceitual e prática do movimento sanitário contou com diversas fontes teórico-conceituais e ideológicas; no entanto, é importante reconhecer o peso da teoria marxista na elaboração de estudos sobre as concepções e práticas da saúde no bojo das elaborações da Medicina Social Latino-Americana e Saúde Coletiva brasileira. Neste período, a OPAS contava com importante quadro crítico, tal como Juan Cesar Garcia, que, imerso no contexto de revisão do ensino médico¹⁴², com incorporação de temáticas sociais na discussão sobre o processo saúde-doença, contribuía para a articulação do pensamento social na saúde na América Latina (CASTRO; GERMANO, 2012; LIMA, 2002). Além disso, teses como as de Cecília Donnangelo, Sérgio Arouca, Asa Cristina Laurell, Jaime Breilh e outros sucedâneos marcam profundamente o pensamento marxista sobre o trabalho em saúde¹⁴³.

Esta vertente da Medicina Social Latino-Americana e da Saúde Coletiva busca situar o conhecimento sobre o objeto e instrumento de trabalho na *práxis* dos profissionais de saúde com base na concepção ampliada de saúde e na sua relação com o modo de produção e reprodução social, sobretudo a partir da abordagem da determinação social da saúde:

Que tipo de vida, o quanto se poderá viver, que tipo e grau de desgaste, de possibilidades de desfrute dos bens produzidos, que bens estarão disponíveis, dependem do grau de desenvolvimento adquirido pelas forças produtivas da sociedade em que se vive. [...] Em sociedades de classes, as relações que se estabelecem entre as classes determinam diferentes possibilidades e restrições ao desenvolvimento da vida e, conseqüentemente, diferentes formas ou possibilidades de viver, adoecer e morrer. (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014, p. 8)

Parcelas significativas da população encontram-se alienadas dos meios de produção e alijadas das condições adequadas para sustentação da sua reprodução cotidiana, não sendo possível desenvolver suas máximas potencialidades humanas em um “completo bem-estar físico, social e mental”, como proposto na concepção de saúde da OMS. A classe trabalhadora

¹⁴² Destaca-se o convênio entre OPAS e governo brasileiro no Programa de Preparação Estratégia de Pessoal de Saúde (PPREPS) de 1975, que teve como principal figura articuladora Juan Cesar Garcia. Sua atuação e produção buscava incorporar os temas “sociais” à discussão sobre a concepção de saúde na formação do quadro profissional do setor. Juan esteve envolvido com a abertura de programas de pós-graduação em Medicina Social em toda América Latina, relacionando-se e contribuindo para formação de quadros importantes na elaboração teórica da Medicina Social latino-americana (CASTRO; GERMANO, 2012; LIMA, 2002).

¹⁴³ Sobre as contribuições teóricas destes pensadores à Saúde Coletiva, relacionadas ao cuidado e ao processo de trabalho em saúde e à prática social em saúde, Fleury (2018, p. 17) destaca: “A definição dessa problemática e do método histórico estrutural por ela postulado representou uma inflexão nos estudos que fundaram a saúde coletiva, superando o projeto original da medicina preventiva ao deslocar a ênfase da questão saúde-doença para a determinação social desses processos e práticas de saúde.”

encontra-se em contextos de pauperização e exploração cada vez mais agravados pela processualidade da crise estrutural do capitalismo; ainda assim, distinguem-se em maior ou menor intensidade da exploração, conforme inserção hierarquizada na divisão social e internacional do trabalho. Os modos de vida¹⁴⁴, as formas de adoecimento e os perfis epidemiológicos/patológicos desenvolvem-se de forma desigual, de acordo com os processos de trabalho e a classe social em que pertencem, conformando estratos/grupos sobredeterminados por questões de gênero e raça/etnia no modo de produção capitalista (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014; ALMEIDA-FILHO, 2004).

A obra de Cecília Donnangelo é seminal na construção do pensamento social em saúde da Saúde Coletiva. A autora realiza estudos de reflexão ampliada sobre a saúde e a **prática social médica** (NUNES, 2008). Em sua obra, encontramos indicações precisas de tendências relacionadas à forma da organização da produção dos serviços que, pautados pela “dimensão racionalizadora” da assistência à saúde, agem para a elevação da produtividade e controle social da massa da força de trabalho atendida, nos termos capitalistas, sob a coordenação estatal. Isto é, a prática social da saúde, mesmo que estatizada e sob o manto do “direito universal”, responde à dinâmica das relações sociais de produção e dos interesses no Estado, imprimindo organização de caráter empresarial e o formato assalariado do trabalho nos serviços de saúde (DONNANGELO; PEREIRA, 1979).

Arouca (2003) realiza crítica ao enfoque biológico individual expresso na concepção de saúde da História Natural das Doenças de Leavell e Clarck e no modelo da Medicina Preventiva, destacando sua relação com a prática social médica no capitalismo monopolista. Partindo da desconstrução da concepção positivista, que reduz o conceito de saúde à ausência de doença, e da sociologia funcionalista, que de maneira acrítica e a-histórica aborda o “social” na saúde, aprofunda o entendimento em torno dos processos sociais de modo de produção capitalista, em sua complexidade e contrariedade, na determinação das condições de vida e saúde (AROUCA, 2003).

Laurell (1982), ao discutir o caráter histórico-social no processo saúde-doença, sustenta que a organização da sociedade determina as condições de saúde, isto é, a inserção

¹⁴⁴ Naomar Almeida-Filho (2004), em seu estudo sobre modelo de determinação social das DCNT, aponta o uso do termo “modos de vida” na obra de Marx (*A ideologia Alemã e Grundrisse*) relacionado à forma como homens e mulheres se relacionam objetivamente e subjetivamente em comunidade para a produção da existência. O autor busca, a partir da crítica às teorias da epidemiologia anglo-saxã e lacunas da epidemiologia social latino-americana, propor a incorporação de elementos da antropologia cultural para abordagem epidemiológica das DCNT. Agrega aspectos do domínio simbólico e do cotidiano, utilizando abordagem das “práticas de saúde” de Mario Testa e articulando na compreensão do processo saúde-doença-cuidado as categorias trabalho, reprodução social e modo de vida para modelos epidemiológicos com base na vulnerabilidade e na determinação social da saúde (ALMEIDA-FILHO, 2004).

dos grupos na divisão social do trabalho manifesta repercussões desiguais nos níveis de **desgaste no processo de trabalho e reprodução da força de trabalho** da coletividade. Considerando a crise do modelo biomédico hospitalocêntrico na década de 1970, Laurell (1982, p. 2) aponta as dificuldades da prática médica: “[...] especialmente no cenário latino-americano, que **a medicina clínica não oferece solução satisfatória para a melhoria das condições de saúde da coletividade**, fato que se demonstra na estagnação dessas condições em grandes grupos, ou sua franca deterioração em outros.”

Por processo saúde-doença da coletividade, entendemos o modo específico pelo qual ocorre no grupo o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente como consequência para o desenvolvimento regular das atividades cotidianas, isto é, o surgimento da doença. Definido desta maneira, o processo saúde doença manifesta-se empiricamente de maneiras diversas. Por um lado, expressa-se em indicadores, tais como a expectativa de vida, as condições nutricionais e a constituição somática e, por outro, nos modos específicos de adoecer e morrer, isto é, no perfil patológico do grupo, dado pela morbidade ou pela mortalidade. (LAURELL, 1982, p.11)

Os “perfis patológicos”¹⁴⁵ coletivos expressam e são resultantes das transformações da sociedade, sendo essencial o conhecimento das estatísticas populacionais (tipo, frequência e distribuição das doenças) e sua relação com a ocupação no processo de trabalho e na divisão social dos respectivos grupos. Para além das diferenças nos perfis demográficos (aumento de idosos, por exemplo) e do acesso aos serviços de saúde, o adoecimento das populações de determinados territórios está relacionado às condições coletivas de vida. Neste sentido, o objeto do trabalho em saúde¹⁴⁶, qual seja, a concepção de saúde e o processo de adoecimento, vai além da acepção biológica individualizada (medicina clínica) e do modelo ecológico uni ou multicausal (epidemiologia hegemônica), considerando a unidade dialética dos processos sociais e biológicos (LAURELL, 1982).

Breilh (2006) propõe repensar categorias básicas da disciplina epidemiológica, pautadas nos fatores de risco e exposição, visto o caráter impositivo da determinação social da saúde em grupos específicos a depender da classe social. Na discussão do autor, a

¹⁴⁵ Para a autora, os “perfis patológicos” dizem respeito a um conjunto amplo de padecimentos específicos que manifestam a combinação do “padrão de desgaste” (relação entre o processo de produção e o nexa biopsíquico) e de reprodução biológica, conforme as “cargas produtivas” (externa – físicas, químicas, biológicas etc.; e interna – ritmo, controle, tensão psíquica etc.) do processo de trabalho na determinação social do processo saúde e doença (ALMEIDA-FILHO, 2004; LAURELL, 1982).

¹⁴⁶ A partir da investigação das características sociais dos grupos e seus indivíduos concretos é que poder-se-ia interpretar o “processo saúde-doença coletivo”, sobretudo estabelecendo o “perfil patológico” não restrito à singularidade individual (medicina clínica), mas no que se manifesta de comum (totalidade) no processo (particular) de adoecimento daquele grupo. É justamente na relação entre o caráter coletivo e o individual do adoecimento que se encontra a determinação social da saúde. A história social dos indivíduos assume maior grau de relevância por indicar os modos de vida (em sociedade) e os condicionamentos nos processos biológicos particulares de adoecimento (LAURELL, 1982).

epidemiologia crítica busca as manifestações complexas da vida social da realidade concreta dos indivíduos e grupos populacionais e sua práxis histórica. Para definir o caráter multidimensional e dialético da saúde, busca relacioná-la com o movimento complexo em todas as dimensões da vida humana e social. Propõe a abordagem do processo saúde-doença relacionada à dominação social, utilizando-se da categoria de “perfil epidemiológico” para a compreensão da relação dialética entre equidade/iniquidade na distribuição de bens e acesso à qualidade de vida, considerando a tríplice determinação social da saúde – gênero, raça e classe social (BREILH, 2006).

As bases do modelo assistencial para o SUS foram construídas sob forte influência destas teorias do campo da Saúde Coletiva e Medicina Social, sendo o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, um marco importante no acúmulo dos debates do período. Os fundamentos da Saúde Coletiva encontram-se representados no conceito de saúde, princípios, diretrizes do sistema registrados neste documento. Vejamos, por exemplo, a concepção ampliada de saúde articulada à análise da determinação social do contexto econômico social brasileiro no período:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. **É, assim, antes de tudo, das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.** (BRASIL, 1986, p. 4)

A sociedade brasileira, extremamente estratificada e hierarquizada, caracteriza-se pela alta concentração da renda e da propriedade fundiária, observando-se a coexistência de formas rudimentares de organização do trabalho produtivo com a mais avançada tecnologia da economia capitalista. **As desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitados ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada.** (BRASIL, 1986, p. 5)

Não obstante, após a 8ª Conferência Nacional de Saúde até a conquista do direito universal à saúde na Constituição Federal de 1988 e a implementação do SUS por meio da Lei orgânica 8.080/1990 e Lei 8.142/1990 (BRASIL, 1990a, 1990b, diversas perdas nas pautas do movimento sanitário ocorreram com o fortalecimento do neoliberalismo no país. As perdas nas pautas do movimento sanitário ocorreram, sobretudo, pela manutenção da rede privada de saúde em caráter “suplementar” ao sistema de saúde público e à restrição orçamentária, representando as mais graves dificuldades para a garantia de um sistema de saúde universal. De acordo com Paim et al. (2011), as políticas públicas seguiram incentivando o setor privado, favorecendo a privatização na atenção à saúde. Observa-se a expansão do mercado dos planos privados de saúde e um progressivo aumento da complexidade no “mix público-

privado” por meio da terceirização da gestão e da prestação de serviços no SUS (PAIM et al., 2011; SESTELO, 2018).

Por outro lado, o financiamento, composto por receitas de impostos e contribuições sociais das três esferas de governo, não acompanhou as demandas por recursos adequados e estáveis para o sistema, conforme as necessidades de saúde da população. Importa dizer que, além das receitas provenientes dos impostos não terem atingido o patamar suficiente para alocação no orçamento para a saúde, sua concentração se dá principalmente no âmbito federal, ente federado que foi reduzindo sistematicamente sua participação no financiamento do sistema descentralizado¹⁴⁷ (PAIM et al., 2011).

No Brasil, o projeto político-econômico neoliberal esteve ancorado no plano de estabilização e de combate à inflação, desde a década de 1990 até os dias atuais, criando condições políticas de favorecimento ao mercado. A queda da inflação e aceleração do crescimento econômico, no contexto do Plano Real, permitiram a valorização da moeda e abertura indiscriminada da economia brasileira ao capital internacional. A adoção destas políticas implica a atração do capital internacional a partir de subsídios, do aumento da taxa de juros e da privatização do patrimônio público (FILGUEIRAS, 2003).

Em momentos de agudização da vulnerabilidade externa e da fragilidade financeira, o FMI e o BM, mediante a contrapartida de Ajuste Estrutural, financiam os Estados Nacionais, objetivando atrair o investimento do capital internacional. Em consonância com as orientações do BM, o governo brasileiro, em 1995, formula o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE). Sob a justificativa da crise fiscal, o plano critica a “burocracia” e o “protecionismo estatal”, promovendo a transferência da execução de serviços, no que se refere às políticas sociais, para entidades privadas, sob o pretexto de melhoria da “qualidade” dos serviços, recorrendo à concorrência típica do mercado (BRASIL, 1995).

A reconfiguração do papel do Estado é organizada pelo PDRAE, sobretudo por meio do fortalecimento da função regulatória e de promoção do “desenvolvimento econômico”

¹⁴⁷ De acordo com Paim et al. (2011, p. 21): “Como as contribuições sociais têm sido maiores que os recursos advindos de impostos, que são divididos entre os governos federal, estadual e municipal, o SUS tem sido subfinanciado. Em 2006, a receita advinda das contribuições sociais (17,7%) foi maior que a proveniente dos impostos (16,7%). No âmbito federal, as contribuições sociais representam cerca de 60% da receita, enquanto os impostos representam menos de 30%. Além disso, o governo federal retém 58% das receitas de impostos, ao passo que os governos estaduais recebem 24,7% e os municípios, 17,3%.” Cabe ressaltar que até mesmo a Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), de 1997 a 2007, voltada especificamente para financiamento da saúde, teve seus recursos transferidos para outros setores e parte significativa do restante foi direcionada para o pagamento da dívida pública. Com o fim desta contribuição social em 2007, os autores chamam a atenção de que parte da redução do financiamento federal foi contrabalançada com o aumento nas despesas dos entes estadual e municipal.

pautado pelos princípios de descentralização administrativa, parcerias público-privadas e flexibilização. Utilizando-se do discurso da “ineficiência” do setor público estatal, estimula as transferências das atividades de educação, de cultura e de saúde para controle pelo mercado, como forma de “estabilizar” e “assegurar” o “crescimento sustentado” da economia, como pode ser constatado nos Quadros 29 e 30 (BRASIL, 1995).

A “modernização” do aparelho do Estado brasileiro, no âmbito das funções econômicas, se deu com o Estado assumindo papel gerencial de iniciativas privadas e, na área da política social, o papel de complementar do setor privado através de políticas fragmentadas, focalizadas e descentralizadas. Desta maneira, o Estado busca organizar as políticas sociais a partir da lógica da financeirização, isto é, mediante a privatização dos setores públicos estratégicos e atendendo funcionalmente à captura de fundo público através da transferência direta de juros para pagamento da dívida pública.

Cabe destacar que, contra a agenda reformista da administração pública na década 1990, também houve as lutas dos servidores públicos que atuaram ativamente na organização de greves e resistências¹⁴⁸ no âmbito dos serviços públicos. Segundo Noronha (2009), ainda que a média de dias em greve fosse menor em ambos os setores privados e públicos, muitos sindicalistas recobram fôlego na mobilização e luta com paralisações realizadas, sobretudo, pelos servidores públicos no período do governo do Fernando Henrique Cardoso, diante das propostas de desregulamentação e liberalização da economia.

¹⁴⁸ É interessante chamar a atenção que o ciclo de movimentos grevistas entre as décadas de 1970 e 1990 na Espanha e no Brasil são semelhantes, possivelmente pela transição política dos respectivos países de regimes militares autoritários: “Na história recente, a Espanha foi o país que mais se assemelhou ao Brasil em número de conflitos (ver Quadro 4) também gerados pelo processo de transição. Na Espanha, logo após a ‘explosão’ inicial, as greves atingiram o pico no período das principais transformações das normas político-institucionais, especialmente com a aprovação da nova Constituição (dezembro de 1978), após as eleições de março e a posse do primeiro governo de Suárez. Mais tarde, os conflitos declinam, mas mantêm-se em níveis de médios a altos até o início da década de 1990, quando o ciclo se encerra. No Brasil, o mesmo processo ocorreu, mas de forma mais lenta. Isto é, o ciclo se inicia em 1978, mas foi somente entre meados e final dos anos de 1980 que ele atinge seu pico, com o fim do regime militar e o processo de transição política durante o governo Sarney”. (NORONHA, 2009, p. 155-156)

Quadro 29 – Síntese objetivos da Reforma da Administração Pública Gerencial no Brasil 1995

Objetivos	Ações
Globais	Aumentar a governança do Estado, ou seja, sua capacidade administrativa de governar com efetividade e eficiência, voltando a ação dos serviços do Estado para o atendimento dos cidadãos.
	Limitar a ação do Estado àquelas funções que lhe são próprias, reservando, em princípio, os serviços não exclusivos para a propriedade pública não estatal e a produção de bens e serviços para a iniciativa privada.
	Transferir parcialmente da União para os estados as ações de caráter regional, de forma a permitir uma maior parceria entre os estados e a União.
Núcleo Estratégico: Legislativo, Judiciário, Presidência, Cúpula Ministérios e Ministério Público	Aumentar a efetividade do núcleo estratégico, de forma que os objetivos democraticamente acordados sejam adequados e efetivamente alcançados.
	Modernizar a administração burocrática, que no núcleo estratégico ainda se justifica pela sua segurança e efetividade , através de uma política de profissionalização do serviço público, ou seja, de uma política de carreiras, de concursos públicos anuais, de programas de educação continuada permanentes, de uma efetiva administração salarial, ao mesmo tempo que se introduz no sistema burocrático uma cultura gerencial baseada na avaliação do desempenho .
	Dotar o núcleo estratégico de capacidade gerencial para definir e supervisionar os contratos de gestão com as agências autônomas , responsáveis pelas atividades exclusivas de Estado, e com as organizações sociais, responsáveis pelos serviços não exclusivos do Estado realizados em parceria com a sociedade.
Atividades Exclusivas: Regulamentação, Fiscalização, Fomento, Segurança Pública e Segurança Social Básica	Transformar as autarquias e fundações que possuem poder de Estado em agências autônomas, administradas segundo um contrato de gestão; o dirigente escolhido pelo Ministro segundo critérios rigorosamente profissionais, mas não necessariamente de dentro do Estado, terá ampla liberdade para administrar os recursos humanos, materiais e financeiros colocados à sua disposição, desde que atinja os objetivos qualitativos e quantitativos (indicadores de desempenho) previamente acordados .
	Substituir a administração pública burocrática, rígida, voltada para o controle <i>a priori</i> dos processos, pela administração pública gerencial, baseada no controle a posteriori dos resultados e na competição administrada .
	Fortalecer práticas de adoção de mecanismos que privilegiem a participação popular tanto na formulação quanto na avaliação de políticas públicas, viabilizando seu controle social.
Serviços Não Exclusivos: Universidades, Hospitais, Centros de Pesquisa e Museus	Transferir para o setor público não estatal estes serviços, utilizando-se de um programa de “publicização”, de modo a transformar as atuais fundações públicas em organizações sociais, ou seja, em entidades de direito privado, sem fins lucrativos, que tenham autorização específica do poder legislativo para celebrar contrato de gestão com o poder executivo e, assim, ter direito a dotação orçamentária .
	Maior autonomia e uma conseqüente maior responsabilidade para os dirigentes desses serviços.
	Controle social direto desses serviços por parte da sociedade através dos seus conselhos de administração. Mais amplamente, fortalecer práticas de adoção de mecanismos que privilegiem a participação da sociedade tanto na formulação quanto na avaliação do desempenho da organização social , viabilizando o controle social.
	Maior parceria entre o Estado, que continuará a financiar a instituição, a própria organização social, e a sociedade a que serve e que deverá também participar minoritariamente de seu financiamento via compra de serviços e doações.
Produção para o Mercado: Empresas Estatais	Aumentar a eficiência e a qualidade dos serviços, atendendo melhor o cidadão-cliente a um custo menor.
	Dar continuidade ao processo de privatização através do Conselho de Desestatização.
	Reorganizar e fortalecer os órgãos de regulação dos monopólios naturais que forem privatizados.
	Implantar contratos de gestão nas empresas que não puderem ser privatizadas.

Fonte: Adaptado de BRASIL (1995)

Quadro 30 – Dimensões estratégicas da Reforma da Administração Pública Gerencial no Brasil 1995

Dimensão	Ações
Institucional-legal	Eliminação dos principais entraves jurídico-legais: “aperfeiçoamento” do sistema jurídico-legal, especialmente ordem constitucional, para remoção dos constrangimentos existentes que impeçam a adoção de administração ágil e com maior grau de autonomia, contemplando a proposição de emendas constitucionais (fim do regime jurídico único, processo seletivo público para celetistas, flexibilização estabilidade dos servidores públicos, colocação de servidores em disponibilidade, permissão de contratação de estrangeiros para o serviço público, limitação rígida dos servidores públicos e do valor das aposentadorias e pensões, facilitação e transferência de pessoal e encargos para outros entes federados e eliminação da isonomia como direito subjetivo) e reformas de ordem econômica, tributária, previdenciária (evitar aposentadorias precoces e proventos proporcionais da contribuição realizada) e legislação infraconstitucional (definição de processo específico para demissão por insuficiência de desempenho; indenização em caso de demissão de servidores, definição carreiras exclusivas de Estado (relação com as atividades exclusivas do Estado), critérios para demissão por “excesso de quadros”, definição das regras do processo seletivo público, novo sistema de previdência, definição de sistema de saúde dos servidores, revisão do estatuto jurídico dos servidores civis, aumento da transparência e efetivação do teto no sistema remuneratório da União, desburocratização e desregulamentação dos serviços públicos, revisão lei da previdência pública).
Cultural gerencial	Operacionalização da cultura gerencial centrada em resultados através de “parceria efetiva” com a sociedade e da cooperação entre administradores e funcionários: criação de cultura de “parcerias” e “cooperação” para viabilizar diversas formas de parcerias com a sociedade e cooperação no “nível vertical” (entre administradores e funcionários públicos); controles a posteriori (resultados) deverão ser “extremamente severos”, capazes de “punir os que falharem ou prevaricarem”.
Administração gerencial	Concretização de “novas práticas gerenciais”, obtendo avanços, mesmo sem a remoção completa dos “constrangimentos legais”: tornar a administração pública mais eficaz e eficiente através de práticas gerenciais com definição de indicadores de desempenho para treinamento e motivação do pessoal para atender a metas estabelecidas; implantação de laboratórios nas autarquias para atividades exclusivas do Estado, buscando transformar agências autônomas voltadas para resultados, com flexibilidade administrativa e ampla autonomia de gestão; implementar avaliação institucional para promover “(re)alinhamento com os objetivos maiores do Estado” e sistemática de avaliação com base em indicadores de desempenho para mensurar consecução de objetivos pretendidos; implementação de ações na área de recursos humanos para “aperfeiçoamento das capacidades gerenciais e técnicas do setor público, através de recrutamento de pessoal estratégico a partir de concursos e processos seletivos anuais para pequenos contingentes” para atualização do quadro do Estado (papel das escolas de governo em programas de treinamento e desenvolvimento de recursos humanos relacionados aos objetivos da reforma); valorização do “servidor público eficiente” pelo reconhecimento do cidadão-cliente e do trabalho, envolvendo “maior grau de autonomia, iniciativa e responsabilização”; e retomada do programa de qualidade que deverá “ênfatisar não apenas o aspecto da qualidade total, mas também o aspecto participação, essencial para o aumento da eficiência dos serviços no nível operacional”.

Fonte: Adaptado de BRASIL (1995)

Na implementação do SUS, marcada pelo início da conjuntura neoliberal brasileira, a Atenção Básica consolidou-se como estratégia de orientação da rede de atenção, contudo, sob fortes limites institucionais para seu financiamento e gestão. A valorização da Atenção Básica como prioridade na política de saúde brasileira foi sistematicamente reforçada pelo Ministério da Saúde na expansão dos serviços e reorientação do modelo de atenção para o SUS. Verificou-se ampla indução financeira para expansão da cobertura dos serviços até 2016, mas não acompanhada dos investimentos necessários para estruturação da rede em outros níveis de atenção e da desprecarização do trabalho dos profissionais de saúde. Por outro lado, a implementação da Atenção Básica ocorreu sob disputas de concepções sobre o modelo de atenção e a respectiva organização dos serviços, incluindo a abrangência e espectro das ações realizadas.

A convergência entre os interesses de municipalização dos serviços, de neoliberais (reformas e aumento do subsídio na oferta privada descentralizada) e do movimento sanitário (consolidação dos princípios constitucionais) viabilizou a descentralização do sistema, contando com forte protagonismo dos gestores no interior do aparelho do Estado para institucionalização do SUS. Neste contexto, a indução financeira operada pelas Normas Operacionais Básicas (91, 93 e 96) para a expansão e transferência da reponsabilidade da gestão dos serviços de Atenção Básica para municípios foi o principal instrumento de descentralização do sistema de saúde. No bojo desse processo, desenvolveu-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF), com características focalizadas e seletivas da Atenção Primária no início da década de 1990, frente à urgência de atenção a populações empobrecidas em extrema fragilização nas condições socioeconômicas na região Nordeste do país (SILVA, 2007).

Por outro lado, o prognóstico do aumento de gastos com a assistência, frente à transição epidemiológica e demográfica, aliado ao subfinanciamento da saúde, conformou a “crise da saúde” na década de 1990. Para enfrentamento desta crise, o país seguiu as orientações dos organismos internacionais, disparando um conjunto de reformas, que Vianna e Dal Poz (1998) denominaram de “reformas incrementais”, na atenção à saúde brasileira. Este processo modificou o desenho e a operacionalização das políticas de saúde, acarretando mudanças na organização dos serviços, alocação dos recursos, formas de remuneração das ações de saúde e modelo de prestação de serviços, sobretudo a partir da implementação do PSF e PACS através da indução da NOB/96 (VIANNA; DAL POZ, 1998).

É importante destacar que o movimento de mudança no caráter de programa para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como forma proposta de ampliação da cobertura dos serviços e de reorientação do modelo de atenção à saúde e da Atenção Básica no Brasil, ocorreu, em grande medida, pela criação dos Pisos da Atenção Básica (PAB) fixo (*per capita*) e variável (vinculado ao número de ACS e equipes de Saúde da Família contratados nos municípios) na NOB/96, contando com o aporte financeiro do projeto de Reorganização do Sistema Único de Saúde - REFORSUS (1996-2003). Por meio do contrato de empréstimo do governo brasileiro junto ao BM, o projeto do REFORSUS viabilizou o investimento na expansão dos serviços de saúde, reestruturando a rede assistencial com vistas à viabilização de reformas no SUS “sustentáveis financeiramente” (RIZZOTTO, 2013; SILVA, 2007).

Em 1998, o então ministro do MARE, Luiz Carlos Bresser Pereira, “inspirado” na experiência inglesa das “novas formas de gestão” do NHS e recorrendo aos diagnósticos do

relatório do BM sobre o sistema de saúde brasileiro de 1994¹⁴⁹, propôs a elaboração de um compilado de reformas específicas para o SUS. O diagnóstico dos “recursos sempre limitados” (BRESSER PEREIRA, 1998) e o propósito de garantir menores custos e melhor qualidade de serviços (eficácia, sobretudo) indicam a estratégia de reestruturação do sistema de forma a racionalizar (racionar) o acesso ao atendimento nos hospitais e ampliar as ações ambulatoriais de promoção e prevenção da saúde.

A principal mudança seria distinguir com clareza a demanda da oferta de serviços e controlar a oferta principalmente através da demanda. Para isto a estratégia fundamental seria distribuir os recursos federais do SUS para os municípios de acordo com o número de habitantes do município e não com o número de leitos. **O objetivo visado era a permissão de que os municípios e os Conselhos Municipais de Saúde montassem um ‘sistema de entrada e triagem’, para encaminhamento dos pacientes aos hospitais, e credenciassem de forma competitiva os hospitais e ambulatórios especializados do próprio município, bem como os dos municípios vizinhos.** A partir do estabelecimento do sistema de entrada (que depois recebeu o nome de PAB - Piso de Atendimento Básico) nenhum paciente, exceto atendimentos de emergência, seria diretamente internado em hospitais. (BRESSER PEREIRA, 1998, p. 6)

No período, a proposta da divisão do sistema em dois subsistemas apontava para a expansão da cobertura da Atenção Primária, ao passo que restringia o financiamento para leitos hospitalares, tendo como horizonte sua transferência para “organizações públicas não estatais”. Estas instituições deveriam competir por recursos do SUS. Foram definidas três estratégias e sete pressupostos para a Reforma no Sistema de Saúde, conforme descrito nos Quadros 31 e 32.

Quadro 31 – Estratégias para a Reforma Administrativa do Sistema de Saúde no Brasil – 1998

Estratégia	Ações
Descentralização	Descentralizar com maior clareza na definição de atribuições e no poder de decisão das diferentes esferas de governo.
Sistema de Atendimento de Saúde	“Montagem” de sistemas municipais de saúde constituída de dois subsistemas: “Subsistema de Entrada e Controle”, dotado de resolutividade para problemas comuns de saúde, “integralidade de ações básicas de saúde” (90 a 95% dos problemas mais comuns), continuidade de cuidado, evitando fragmentação e superposição de ações básicas e compromisso com a qualidade no atendimento, encaminhamento para atendimentos de especialistas e de níveis de complexidade maiores; e “Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar”, composto por rede ambulatorial especializada e hospitais.
Sistema de Informação em Saúde	Sistema de informação para acompanhar resultados das ações dos dois subsistemas conectados em rede para controlar despesas, gerar indicadores para vigilância epidemiológica, avaliar a qualidade e medir resultados alcançados.

Fonte: Adaptado de Bresser Pereira (1998)

¹⁴⁹ De acordo com Rizzotto e Campos (2016), desde a implementação do SUS no início da década de 1990, os direitos constitucionais da integralidade e universalidade da assistência sofreram duras críticas nos Relatórios do BM, defendendo o aumento da participação do setor privado na oferta dos serviços de saúde sob os pressupostos da adesão do governo federal ao projeto neoliberal expresso no Consenso de Washington.

Quadro 32 – Pressupostos da Reforma Administrativa do Sistema de Saúde no Brasil – 1998

Descentralização	Descentralização para permitir melhor controle da qualidade e dos custos dos serviços prestados.
Controle Social	Municipalização para favorecer o controle social do sistema pela sociedade.
Separação Subsistemas	Separação dos subsistemas para, por um lado, garantir atendimento dos problemas mais comuns na atenção básica e, por outro, surgimento de mecanismos de competição administrada envolvendo a “entrada e controle” (competição pela qualidade, resolutividade, efetividade, integralidade e continuidade) e entre ambulatorios e hospitais de referência (competição pela qualidade, redução dos custos e desempenho, entre outros).
Filtragem	Sistema de encaminhamento pelos clínicos gerais e postos de saúde controlados pela administração pública, evitando grande quantidade de internações hospitalares desnecessárias.
Auditoria local	Responsabilização dos gestores municipais com auditorias permanentes de forma mais eficiente e oportuna.
Participação Social	Controle social e participação em nível local para assegurar o direito de acesso dos usuários aos sistemas de controle.
Controle Local	Conselhos Municipais de Saúde para fortalecer o controle local.

Fonte: Adaptado de Bresser Pereira (1998)

Neste sentido, a expansão dos cuidados pela ESF carrega consigo demandas racionalizadoras das ações de saúde, conforme as prescrições dos organismos internacionais, sobretudo do BM¹⁵⁰ em seguimento aos processos de Ajustes Estruturais¹⁵¹.

Os municípios foram tomando a responsabilidade na condução da política de saúde em nível local, mas sem contar com fonte estável e com redução progressiva da participação federal no financiamento para a manutenção dos serviços, forjando processos de compras e articulações junto aos prestadores privados e terceirizações na contratação de trabalhadores.

Mendes (2015) aponta como impactos da crise do capitalismo a financeirização dos recursos públicos e transferência de valores do fundo público para a valorização do capital. A forte presença do capital portador de juros no Orçamento da Seguridade Social brasileira apresenta-se através de incentivos financeiros públicos concedidos ao setor privado, por meio da exploração de ações e serviços de saúde no país, na permanência do

¹⁵⁰ Segundo Pereira (2018), nos anos 2000, a agenda do BM para a América Latina concentrou-se nos programas de transferência de renda, tal como o Bolsa-Família, compreendido como mecanismo de liberalização econômica integrado ao modelo centrado na privatização das políticas sociais. Neste sentido, investe suas ações de “combate à pobreza” de maneira a incentivar a focalização da cobertura e a seletividade dos serviços, com vistas a garantir serviços mínimos a quem não possa pagar e ampliar a privatização dos serviços básicos para os que já podem pagar. Para a saúde, o modelo segue as linhas gerais definidas a partir da: “[...] colonização da gestão pública do setor pela Economia e por modelos empresariais; crescente matematização da pobreza e focalização das políticas sociais nos mais pobres; formatação da saúde pública como pacote de mínimos sociais; orientação sistêmica ao mercado e difusão da forma mercadoria em novos domínios da saúde; diversificação dos prestadores de serviço para além do Estado; eliminação de restrições setoriais à plena competição entre atores privados nacionais e estrangeiros; regulação fraca das responsabilidades empresariais e regulação forte dos direitos do capital; e, mais recentemente, privatização por dentro do Estado mediante modalidades diversas de parcerias público-privadas (PPP)” (PEREIRA, 2018, p. 2194).

¹⁵¹ No Brasil, o grande capital estabelece sua dominação orientando as políticas econômicas para privilegiamento do pagamento da dívida, em detrimento do financiamento da proteção social. O mecanismo mais utilizado pelo governo brasileiro para drenar os recursos das políticas sociais para o capital financeiro é a Desvinculação de Rendimentos da União (DRU), estabelecida a partir dos anos 2000. Nesse sentido, 30% do que seria destinado ao financiamento da Seguridade Social é desvinculado de seu orçamento, sendo realocado com a finalidade de promover o *superávit* primário e pagar a dívida pública.

mecanismo de renúncia fiscal e na adoção do Ajuste Estrutural. Este representa um drástico corte de custos para a saúde pública, aprofundando a crise em torno do subfinanciamento do SUS e promovendo a expansão do setor privado de saúde. Além disso, observa-se a entrada do capital estrangeiro no mercado de saúde brasileiro em 1998, com a lei que regulamenta os Planos de Saúde, permitindo que as operadoras de saúde do capital financeiro internacional fossem autorizadas a comprar planos de saúde (MENDES, 2015).

No Brasil, as OS foram as primeiras a se desenvolverem a partir da Reforma Administrativa de 1995. No entanto, outros formatos de instituições que ocuparam esse “setor público não estatal” foram se desenvolvendo, ao longo dos anos, contratualizadas pelo setor público para prestação de serviços na Atenção Primária, tais como as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), em 2007, e as Organizações da Sociedade Civil (OSC), segundo a lei nº 13.019/2014 (TEIXEIRA; MATTA; SILVA JÚNIOR, 2018)

De acordo com Castro, Machado e Lima (2018), a maioria dos municípios brasileiros são de pequeno porte, com frágil capacidade de sustentação econômica e base técnica para gestão, sendo altamente dependentes das transferências de recursos dos outros entes federados para indução das políticas de saúde e manutenção dos serviços.

Desta forma, a gestão do trabalho dos profissionais de saúde foi se desenvolvendo na maior parcela dos municípios de forma precária, diante do constrangimento imposto pela lei complementar nº 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), que limita o gasto com pessoal na administração pública, e a incorporação de entidades privadas a partir de parcerias com “sociedade civil” para prestação dos serviços, reduzindo a participação estatal na gestão e na prestação dos serviços públicos (TEIXEIRA; MATTA; SILVA JÚNIOR, 2018).

Aqui cabe ressaltar as Parcerias Público-Privadas (PPP) junto às OS¹⁵². Conforme Correia e Santos (2015), a privatização acontece quando o Estado abdica da responsabilidade de ser o executor direto de serviços públicos, incentivando o setor privado a fornecê-los. Pelas OS, este processo acontece mediante o repasse de recursos, equipamentos e instalações públicas e de pessoal para a gestão das entidades de direito privado.

O processo de “publicização”, a partir do PDRE, em 1995, permitiu a regência dos interesses de mercado por dentro das instituições estatais, flexibilizando as amarras impostas pelas regras da administração direta do Estado. O documento da Reforma Administrativa do Sistema de Saúde utiliza-se do argumento da desburocratização e da maior “qualidade das ações” para justificar a incorporação das OS como “novo modelo de gestão” pública. A estratégia de coordenação e de financiamento das políticas públicas estatais é realizada pela gestão da administração pública, mas a execução dos serviços é realizada pelas instituições

¹⁵² No Brasil, as OS foram as primeiras a se desenvolverem a partir da Reforma Administrativa de 1995. No entanto, outros formatos de instituições que ocuparam esse “setor público não estatal” foram se desenvolvendo, ao longo dos anos, contratualizadas pelo setor público para prestação de serviços na Atenção Primária, tais como as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDPs), em 2007, e as Organizações da Sociedade Civil (OSC), segundo a lei nº 13.019/2014 (TEIXEIRA; MATTA; SILVA JÚNIOR, 2018)

privadas (OS ou empresas sociais). A contradição é ofuscante: toda a estrutura é pública (recursos, patrimônio e equipamentos), mas a lógica da gestão é privada e a contratação dos profissionais, precária, é conduzida pelas Organizações Sociais (CORREIA; SANTOS, 2015)

As OS foram concebidas como instrumento de viabilização e implementação das políticas públicas, a partir da aprovação da lei nº 9.637/98 (Lei das OS), sendo qualificadas como “[...] organizações sociais de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, a proteção e preservação do meio ambiente, a cultura e à saúde” (CORREIA; SANTOS, 2015, p. 36). Gozam de flexibilidade no interior da administração pública e nos órgãos internos e externos de controle para adquirir bens e serviços sem processo licitatório e com frágil prestação de contas. Na compreensão de Soares (2011 apud Correia e Santos, 2015), a racionalidade que organiza o ideário e a lógica institucional, ao misturar no plano do discurso o público com o privado, cria uma distorção. Reproduz um discurso que obscurece os interesses privados por dentro da gestão pública, trazendo graves consequências para as práticas sociais nos serviços públicos. De acordo com Teixeira, Matta e Silva Júnior (2018, p. 136), a implementação dos “novos modelos de gestão” no Brasil:

[...] produzem linguagem e práticas fundadas em valores como **racionalização** (portador de um imaginário cientificista), **eficiência** (fundado no custo e não na necessidade), **accountability** (como ferramenta de prestação de contas à população e não como dispositivo de participação social) e **mérito (competitividade e gratificação por desempenho)**. Assim, **a gestão é um objetivo, uma finalidade em si.**

Através da flexibilização de vínculos e da precarização do trabalho na saúde, com perdas dos direitos trabalhistas e previdenciários, os novos modelos de gestão promovem o aumento vertiginoso da exploração e intensificação do trabalho nos serviços de saúde. Para o processo de trabalho dos profissionais de saúde, sob o comando dos “contratos” e/ou “pactos” de gestão no cenário de restrição de recursos públicos e/ou dos interesses produtivistas das “empresas sociais”¹⁵³ ligadas ao capital financeiro, o impacto é devastador. Seja pela

¹⁵³Adota-se esta nomenclatura em referência ao relatório da Comissão de Alto Nível da Saúde (OMS/OCDE/OIT): *Working for health and growth: investing in the health workforce*. O relatório aponta para o **crescimento dos “negócios sociais”** como um setor privado promissor, articulado ao Estado para provimento de assistência médica aos pobres que não são capazes de comprar atenção à saúde no mercado: **“O que é negócio social? O conceito de negócio social está entre o setor privado em busca de lucro e a caridade. Tem o mesmo objetivo da caridade, mas é movido pelo motor dos negócios. É sustentável ao mesmo tempo em que chega aos mais pobres. É impulsionado pela tecnologia para tornar o serviço de saúde universal, mais barato e acessível. Pode ser administrado por qualquer pessoa - indústria, negócios, governo, indivíduos, fundações, organizações não governamentais.** Criamos muitos exemplos práticos de negócios sociais aplicando este conceito em Bangladesh e outros países. **Acreditando que os cuidados de saúde devem ser baseados em tecnologia e orientados principalmente para a prevenção, criamos uma rede de hospitais oftalmológicos, clínicas, faculdades de enfermagem e articulação de empreendimentos com empresas**

disjunção entre o atendimento das necessidades reais de saúde e o processo produtivo e os resultados cobrados, seja pelo elevado desgaste frente à pressão de demanda nas unidades de saúde, as trabalhadoras da enfermagem sofrem desmesuradamente violências de todos os tipos, como veremos na análise do material empírico brasileiro. Mas não só: o processo de trabalho em saúde descola-se da produção de valor de uso, o que traz sérios riscos para a segurança da saúde dos usuários, além de ser pouco efetivo para o enfrentamento das reais necessidades sociais e determinação social de saúde.

O processo de mercantilização na oferta dos serviços na Atenção Primária brasileira teve seu marco inicial nos anos 1990, com os governos *psdbistas*, mas não se restringiu a este período. A partir de 2003, com Lula e Dilma na presidência, o mesmo plano econômico neoliberal se manteve, apesar das expectativas da orientação política “democrática popular” e do “envernizamento” da terceira via política (social-liberalismo). A expressão mais cabal da subordinação da política de governo petista aconteceu logo antes da eleição de Lula, em 2002, no “acordo de intenções” estabelecido junto ao FMI e na publicação da “Carta aos brasileiros” (ANTUNES, 2018).

Desta forma, além das medidas de focalização das políticas sociais e drenagem dos recursos da Seguridade Social no fundo público, aprofundaram-se os processos de financeirização da economia. A elevada taxa de juros e o *superávit* fiscal primário favoreceram o ganho da classe dominante nacional e a atração de investimentos do capital internacional, organizando e fortalecendo a fração de classe representante do capital financeiro. Nesse compasso, as políticas de privatização são complexificadas, aumentam as desregulamentações do mercado de trabalho, aprofundando a reestruturação produtiva no país, sem grande resistência da classe trabalhadora, fragmentada, desorganizada e “apassivada” na ação sindical, frente à política de governo da “conciliação de classes”¹⁵⁴ (ANTUNES, 2018; FILGUEIRAS, 2003).

multinacionais que oferecem o essencial para a saúde, como nutrição, água, mosquiteiros e alimentos.” (WHO, 2016a, p. 38/39, tradução livre, grifo nosso)

¹⁵⁴ De acordo com Antunes (2018), a estratégia de manutenção da política econômica neoliberal, a preservação da estrutura fundiária concentrada, o incentivo a fundos privados de pensão e cobrança de impostos dos trabalhadores aposentados, além da liberação dos transgênicos, a política do superávit primário e o esquema de corrupção do mensalão demonstraram o caráter de continuidade do governo neoliberal *psdbista*. Não obstante, a conciliação entre interesses de um amplo leque de forças políticas da direita à esquerda (excetuando-se o sindicalismo dos servidores públicos) e as tensões frente às contradições e o escândalo do “mensalão” resultaram nas tentativas de *impeachment* e na ampliação política social focalizada e assistencialista, convertida no Bolsa-Família, que permitiu complementar a renda e ampliar a base social do governo junto às camadas mais empobrecidas da classe trabalhadora: “[...] as alterações que ocorreram no início do segundo mandato permitiram que reconquistasse o apoio majoritário da população brasileira, entre *todas as classes sociais*,

No que tange à saúde, de fato, há um avanço incremental¹⁵⁵ de programas e políticas de saúde em continuidade à implantação do SUS, mesmo que em um cenário difícil para a manutenção dos seus princípios constitucionais, e diante do constrangimento financeiro, permeado por escolhas políticas que favoreceram a expansão e o fortalecimento do empresariado da saúde, em detrimento da desprecarização do trabalho. Ainda que a 12ª Conferência Nacional de Saúde de 2003 tenha indicado as questões relacionadas às condições de trabalho, formação e gestão, e que tenha sido criada a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde, na disputa entre os projetos da Reforma Sanitária Brasileira e o privatista, os avanços relacionaram-se mais ao investimento na expansão de serviços, sem enfrentamento do processo de precarização do trabalho no SUS (BRAVO; MENEZES, 2011; VIEIRA; CHINELLI; LOPES, 2011).

Observa-se priorização e ampliação do investimento na expansão da Saúde da Família, sendo a Atenção Básica a área que mais recebeu recursos do Ministério da Saúde para ampliação do número de equipes e da cobertura de serviços¹⁵⁶, representando quase 50% da totalidade dos recursos recebidos para alguns entes federados. Muitos investimentos ocorreram por emendas parlamentares, demonstrando o caráter prioritário e estratégico da Atenção Básica na organização do SUS (BAPTISTA et al., 2012).

Entretanto, apesar do vertiginoso aumento da expansão dos serviços, mais recursos apropriados seriam necessários para apoiar a manutenção das equipes, a capacitação profissional e a estruturação da rede, sobretudo no âmbito municipal, em que se estabelece concretamente o compromisso com a sustentação dos profissionais de saúde e da estrutura física da rede. É neste contexto, aliado ao desafio da consolidação da ESF nos municípios de grande porte (mais de 100 mil habitantes), que é desenvolvido o Projeto de Expansão e

conformando-se em um governo policlassista dos mais bem-sucedidos, que *recusava qualquer política de relativo benefício à classe trabalhadora.*” (ANTUNES, 2018, p. 249, grifo do autor)

¹⁵⁵ Política de Saúde Bucal e o Programa Brasil Sorridente; criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) no âmbito da Política de Atenção às Urgências e Emergências; criação do Programa Farmácia Popular; expansão dos Centros de Atenção Psicossocial e impulso à Reforma Psiquiátrica; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Política de Atenção Integral à Saúde da população Negra; Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador; Pactos pela Saúde; entre outras.

¹⁵⁶ De acordo com Menicucci (2012), durante o primeiro mandato do governo Lula, observou-se aumento do número de equipes na ESF em 57% e aumento em 50% do PAB *per capita*. Além disso, no segundo mandato, pôde-se verificar: “Entre 2007 e 2008, foram criadas 2.500 novas equipes de Saúde da Família; em 2008 foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) como estratégia para ampliar a abrangência e a diversidade das ações das ESF (Equipes Saúde da Família), que dispõem de estrutura física adequada para atendimento e profissionais de diferentes áreas de saúde, como médicos (ginecologistas, pediatras e psiquiatras), professores de educação física, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.” (MENICUCCI, 2011, p. 527)

Consolidação da Saúde da Família (PROESF), contando com recursos em novos contratos de empréstimo junto ao BM (CASTRO; MACHADO; LIMA, 2018).

Se no REFORSUS os objetivos do Ministério da Saúde foram orientados para a expansão e a estruturação física e material dos serviços, no PROESF, os objetivos foram direcionados especificamente para os serviços nos grandes centros urbanos, em que a cobertura assistencial não havia sido plenamente atingida com a indução de descentralização com a NOB/96, mas também para propor o investimento em “melhoria da qualidade na atenção”. Nos termos firmados com a agência financiadora de ambos os projetos (Quadro 33), aponta-se a estratégia de consolidação da descentralização e da qualidade nos serviços, apoiado, sobretudo, na formação da força de trabalho e no desenvolvimento de programas de monitoramento e avaliação com vistas a qualificação da atenção (BRASIL, 2003; WBG, 2004).

O Quadro 33 foi elaborado com base em informações do World Bank Group (WBG), anos de 2001, 2004 e 2011, de Marinho et al. (2003) e de Brasil (2003, 2012b, 2012c).

Quadro 33 – Projetos de investimento na Saúde da Família pelo Ministério da Saúde com financiamento do BM (continua)

Projeto	Objetivos	Justificativa BM	Emp. (milhões)	Ações (Ministério da Saúde)	Projetos (Ministério da Saúde)
REFORSUS (1996-2003)	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar prestação dos serviços de saúde no SUS (“única fonte de cuidados subsidiados publicamente para os pobres”); - Auxiliar o governo na introdução de reformas das políticas de saúde para melhorar a sustentabilidade e a eficiência financeira do SUS. 	<ul style="list-style-type: none"> - Criação de estrutura descentralizada para investimento em subprojetos de infraestrutura, fornecimento de equipamentos (componente I), treinamento e apoio à gestão e “modernização” para melhoria da qualidade dos serviços no SUS (componente II); - Financiamento de estudos e pesquisas destinadas a ajudar no avanço da agenda de reformas do setor; - Instrumento de “diálogo contínuo” entre governo e BM nas questões gerais das políticas de saúde. 	US\$ 650	<p>Componente I (áreas):</p> <ul style="list-style-type: none"> 1- Readequação física e tecnológica da rede assistencial (assistência ao parto, puerpério e período perinatal); 2- Programa Saúde da Família; 3- Ampliação da capacidade e melhoria da qualidade da rede hematológica e hemoterápica; 4- Ampliação da capacidade e melhoria da qualidade dos laboratórios de saúde pública. <p>Componente II (áreas):</p> <ul style="list-style-type: none"> 1- Estruturação de uma rede nacional de informação e avaliação em saúde; 2- Estímulo à capacidade de formulação de políticas descentralizadas; 3- Desenvolvimento da capacidade gerencial das unidades gestoras; 4- Apoio de iniciativas de aprimoramento e garantia da qualidade dos sistemas e serviços de saúde. 	<p>Componente I – 1.175 projetos; 80% área I (40% modernização gerencial)</p> <p>Componente II – 33 projetos; 59% Saúde da Família (informatização, educação à distância, especialização e residência)</p>

Quadro 33 – Projetos de investimento na Saúde da Família pelo Ministério da Saúde com financiamento do BM (conclusão)

Projeto	Objetivos	Justificativa BM	Emp. (milhões)	Ações (Ministério da Saúde)	Projetos (Ministério da Saúde)
PROESF I (2003-2007) Empréstimo : nº 7105 - BR	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar o acesso e utilização dos serviços básicos em populações de “baixa renda” em grandes centros urbanos por meio da ampliação do Saúde da Família, elaboração de sistema de referência e contrarreferência e melhoria da organização e gestão serviços; - Melhorar qualidade do serviço de Saúde da Família através da formação profissional (em serviço e pré-serviço); - Melhorar desempenho e eficácia dos cuidados básicos por meio do fortalecimento do monitoramento e avaliação, gestão da informação e sistemas de acreditação. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajudar a introduzir abordagem baseada no desempenho para implementação e expansão do Saúde da Família; - Transformar as práticas de Atenção Primária em modelo de Saúde da Família; - Inserir o PSF na implementação das reformas de descentralização; - Desenvolver e implementar “forte monitoramento e avaliação de apoio à implementação do Saúde da Família”. 	US\$ 136	<p>Componente I - Apoio à conversão do modelo de Atenção Básica.</p> <p>Componente II - Desenvolvimento de Profissionais de Saúde (polos de educação permanente, política de educação permanente).</p> <p>Componente III - Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica (projeto de qualificação ESF) (foco do financiamento do BM)</p>	Adesão aos termos por 184 municípios
PROESF II (2009-2013) Empréstimo : nº 7545- BR	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar implantação contínua do Saúde da Família em grandes centros urbanos (municípios com mais de 100 mil hab.); - Aumentar a qualidade técnica e “satisfação dos pacientes” com os cuidados primários; - Melhorar a eficiência e a eficácia dos prestadores de serviços da saúde da família, assim como do sistema de saúde. 	<p>Considerações de aprovação do Projeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Horizonte de longo prazo no atendimento dos objetivos do programa; - Existência de um programa sólido de reformas desenvolvido pelo governo; - Expansão do Saúde da Família articulada à reforma de descentralização. 	US\$ 83,45	<p>Componente I (grandes centros): Expansão e qualificação da ESF em municípios com mais de 100 mil hab.</p> <p>Componente II (Estados e municípios) - Fortalecimento da capacidade técnica de gestão das Secretarias Estaduais de Saúde, por intermédio das coordenações de Atenção Básica.</p> <p>Componente III (Monitoramento e Avaliação): Fortalecimento da gestão federal e apoio fortalecimento gestões estaduais, municipais e distrito federal da Atenção Básica. (foco do financiamento do BM) Relacionados à aprovação da PNAB 2011 e Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)</p>	Adesão aos termos por 180 municípios

Fonte: Adaptado de WBG (2001, 2004, 2011; MARINHO et al. (2003); BRASIL, 2003, 2012b, 2012c)

A indução da descentralização e a veiculação do ideário neoliberal nas políticas sociais é a estratégia utilizada pelo BM para, junto aos mutuários locais, impor condições de direcionamento da política econômica e das políticas sociais, qual seja, a ampliação do mercado da saúde, oferta de microcrédito, o controle dos gastos e focalização das ações e serviços de saúde para a população mais empobrecida. O investimento realizado pelo BM, que, segundo Lazarini et al. (2021), entre os anos de 2003 a 2014 financiou cerca de 31 projetos na área da saúde, está relacionado aos principais temas: desenvolvimento humano e gênero, gestão do setor público e desenvolvimento do setor privado. Ademais, os autores indicam o aumento do financiamento para os entes subnacionais, estando entre as principais

temáticas a gestão do setor público¹⁵⁷. Nesse sentido, desconsiderando os avanços do SUS, “[...] o banco aponta que a não otimização dos recursos disponíveis é algo inerente à esfera pública, o que implica diretamente ao não alcance dos resultados esperados.” (LAZARINI et al., 2021, p. 9).

É importante considerar, portanto, que o desenvolvimento da Atenção Básica no período, com suas portarias específicas, tal como as Políticas Nacionais de Atenção Básica (PNAB) e os programas de qualidade (Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ), posteriormente denominado Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), foi viabilizado pela indução financeira do Ministério da Saúde e, em alguma medida, subvencionado pelos projetos financiados pelo BM através do REFORSUS (1996-2003), PROESF I (2003-2007) e II (2009-2013), e QualiSUS-Redes (2009-2015).

A criação dos Pactos pela Saúde, portaria nº 399/2006, estabeleceu o processo de pactuação consensuada entre os gestores das três esferas para monitoramento das ações de saúde na Atenção Básica. Esse foi um dos primeiros passos mais sistemáticos para indução da avaliação por meio da construção de metas com o objetivo de melhoria do desempenho da rede de serviços básicos, sobretudo a partir do planejamento da gestão e com base na negociação entre seus representantes (CRUZ; SANTOS, 2007). Nesse sentido, o planejamento da gestão e negociação das prioridades de ação para a Atenção Básica tornou-se centralizado e hierarquizado, com pouca participação de trabalhadores e usuários e voltado, sobretudo, para avaliação normativa de dados gerados pelo sistema de informação.

Por outro lado, o Pacto pela Saúde proporcionou a regulamentação do financiamento e a transferência de recursos federais por sete blocos de ações e serviços de saúde a serem desenvolvidos em nível municipal; entre eles, o bloco da Atenção Básica. Este formato assegurou recursos automáticos e regulares de transferência direta do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Municipais de Saúde por meio do PAB fixo e reforçou a adesão dos gestores à implementação da Saúde da Família, assim como outros programas específicos, por meio do PAB variável. Contudo, ainda que com forte indução do governo federal, persistiam as dificuldades dos municípios para garantir todo o custeio de sustentação do sistema no nível local, frente à defasagem que foi se configurando nos valores referentes ao PAB fixo, sendo as fontes variáveis cada vez mais importantes na composição do financiamento municipal.

¹⁵⁷ De acordo com Lazarini et al. (2021), o maior número de projetos financiados pela agência se deu nos anos de 2008, 2010 e 2012, quando, dos 31 projetos analisados, 19 tratavam da gestão do setor público. O Estado e o Município do Rio de Janeiro foram contemplados com o financiamento de projetos fundamentalmente associados à “eficiência e sustentabilidade” da gestão dos serviços públicos de saúde, sendo os empréstimos concedidos ao município do Rio de Janeiro nos anos de 2010 e 2013.

Entre estas fontes, encontra-se o incentivo específico do PMAQ, conforme desempenho dos serviços de saúde (CASTRO; MACHADO; LIMA, 2018).

Inicialmente o PAB fixo representava quase 60% das transferências, mas a partir de 2004, há redução da participação relativa do PAB fixo, e o PAB variável passa a corresponder a mais de 50% das transferências federais da AB [Atenção Básica], com aumento progressivo ao longo dos anos, expressando a rápida expansão de programas atrelados a mecanismos de financiamento, com destaque para a ESF [Estratégia de Saúde da Família], sob forte indução do Ministério da Saúde. **Em 2016 o PAB fixo representou somente 34% das transferências federais em AB.** (CASTRO; MACHADO; LIMA, 2018, p. 86)

Contudo, a Saúde da Família demonstrou sua capacidade ao viabilizar acesso, conforme necessidades específicas da realidade brasileira. São exemplos desta aposta a criação de dispositivos voltados à atenção equânime aos segmentos mais vulneráveis da classe trabalhadora, como a criação das equipes especiais para atendimento a populações ribeirinhas, em situação de rua, quilombolas, em situação prisional, LGBTQIA+, núcleos de apoio à saúde da família (NASF). Entre a aprovação das Políticas Nacionais da Atenção Básica (PNAB), nas portarias nº 648, de 2006 (1ª PNAB), e nº 2.488, de 2011 (2ª PNAB), percebe-se um avanço na garantia da atenção a populações vulneráveis e na ampliação de dispositivos norteadores e indutores dos processos de trabalho implementados¹⁵⁸.

A concepção mais ampliada da Atenção Básica no Brasil encontra-se na 2ª PNAB. Assim sendo, a Atenção Básica caracteriza-se:

[...] por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de **desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.** É desenvolvida por meio **do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.** Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2012d, p. 19, grifo nosso)

As mudanças entre as duas políticas refletem o aumento da aposta na melhoria do acesso e qualidade, através da institucionalização da avaliação de desempenho dos serviços nas três instâncias de gestão do SUS. Entretanto, fortalece mecanismos de indução e

¹⁵⁸ Para citar alguns exemplos, há os Cadernos da Atenção Básica (CAB) contendo as estratégias, protocolos e diretrizes clínicas, conforme políticas nacionais específicas, para atendimento de situações de saúde que vão desde a atenção à saúde da criança ao idoso até os principais agravos dos usuários acompanhados na Atenção Primária (doenças crônicas e rastreamento, infecções sexualmente transmissíveis, saúde mental, entre outras). Além disso, tem-se o QualiSUS, que será tratado em seguida.

valorização da Saúde da Família como estratégia prioritária da organização da Atenção Básica, estimula a informatização¹⁵⁹ das unidades e busca enfrentar o histórico problema dos “vazios assistenciais” e da fixação de profissionais médicos nos serviços, flexibilizando a carga horária destes profissionais de 40 horas para 32 horas semanais, mantendo a dos demais em 40h semanais (BRASIL, 2006, 2012d). É nesta portaria que também é realizada a primeira referência ao Telessaúde na Atenção Básica: “O Telessaúde, a integração dos sistemas de informação e a nova política de regulação apontam para a ampliação da resolubilidade da AB [Atenção Básica] e para a continuidade do cuidado do usuário, que precisa da atenção especializada.” (BRASIL, 2012d, p. 11).

Os primeiros passos institucionais do “Monitoramento e Avaliação” do Ministério da Saúde ocorreram com o desenvolvimento da proposta de Política Nacional de Avaliação e Monitoramento na Atenção Básica e a construção de uma metodologia de autoavaliação para gestores, coordenadores e profissionais por meio do AMQ, em 2005 (BRASIL, 2005). No entanto, a estratégia sistemática de avaliação para melhoria da qualidade na Atenção Básica se institucionalizou, de fato, por meio do PMAQ, em 2011 (Quadros 34, 35 e 36).

A secretaria específica para avaliação da Atenção Básica no Ministério da Saúde foi instituída em 2003 e, a partir de 2005, viabiliza e coordena o apoio a pesquisas acadêmicas, através dos “Estudos de Linha de Base” vinculados ao PROESF, para subsidiar a avaliação externa dos serviços de saúde. Este movimento reuniu diversos atores da academia, secretarias de saúde, organizações profissionais e de gestores para a realização em “larga escala” da avaliação externa, conduzida por universidades públicas. As experiências de avaliação foram se desenvolvendo gradualmente no país, buscando aliar os parâmetros reconhecidos no âmbito internacional como atributos necessários à Atenção Primária abrangente e integral à realidade específica do território nacional, incluindo neles os princípios e diretrizes do SUS e dos modelos de atenção originários da Saúde Coletiva brasileira (GIOVANELLA et al., 2018b).

¹⁵⁹ Em relação à informatização, a proposta mais completa de introdução TIC como recurso central, ferramenta principal do processo de trabalho nas equipes de Atenção Básica, ocorre com a institucionalização do Sistema de Informatização em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) através da estratégia e-SUS AB – portaria nº 1.412/2013. Esta institui dois sistemas de *software* que instrumentalizam a coleta de dados inseridos no SISAB: Coleta de Dados Simplificados (CDS) e Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). **A portaria não faz menção às classificações diagnósticas empregadas no prontuário eletrônico, no entanto sabe-se que o único conjunto de classificações inserido no sistema do PEC e-SUS é o CIAP2, organizado pela Medicina de Família e Comunidade. Não há nenhuma inserção dos instrumentos diagnósticos do processo de trabalho da enfermagem, nem de outros profissionais,** diferente do caso espanhol, que insere, no mínimo, o conjunto de classificações do sistema NANDA, NIC e NOC para o registro específico da atuação das enfermeiras.

Quadro 34 – Objetivos e diretrizes do PMAQ na Atenção Básica – 2012, 2015

Objetivos	Diretrizes
Ampliar impacto da Atenção Básica sobre as condições de saúde da população e satisfação dos usuários, por meio de facilitação do acesso e melhoria da qualidade dos serviços e ações da Atenção Básica.	Possuir parâmetro de comparação entre as equipes da atenção básica (EAB), considerando as diferentes realidades de saúde.
Fornecer padrões de boas práticas e organização das UBS que norteiem a melhoria da qualidade da Atenção Básica.	Ser incremental, prevendo um processo contínuo e progressivo de melhoramento dos padrões e indicadores de acesso e de qualidade que envolva a gestão, o processo de trabalho e os resultados alcançados pelas equipes de saúde da Atenção Básica.
Promover a qualidade e inovação na gestão da Atenção Básica, fortalecendo os processos de autoavaliação, monitoramento e avaliação, apoio institucional e educação permanente nas três esferas de governo.	Ser transparente em todas as suas etapas, permitindo o permanente acompanhamento de suas ações e resultados, pela sociedade.
Melhorar a qualidade da alimentação e uso dos sistemas de informação como ferramenta de gestão da Atenção Básica.	Envolver, mobilizar e responsabilizar o gestor federal, gestores estaduais, do Distrito Federal, municipais e locais, equipes e usuários num processo de mudança de cultura de gestão e qualificação da Atenção Básica.
Institucionalizar uma cultura de avaliação da Atenção Básica no SUS e de gestão com base na indução e acompanhamento de processos e resultados.	Desenvolver cultura de negociação e contratualização que implique a gestão dos recursos em função dos compromissos e resultados pactuados e alcançados.
Estimular o foco da Atenção Básica no usuário , promovendo a transparência dos processos de gestão, a participação e controle social e a responsabilidade sanitária dos profissionais e gestores de saúde com a melhoria das condições de saúde e satisfação dos usuários.	Estimular a efetiva mudança do modelo de atenção, o desenvolvimento dos trabalhadores e a orientação dos serviços em função das necessidades e da satisfação dos usuários.
Promover maior conformidade das UBS com os princípios da Atenção Básica, aumentando a efetividade na melhoria das condições de saúde, na satisfação dos usuários, na qualidade das práticas de saúde e na eficiência e efetividade do sistema de saúde*	Ter caráter voluntário para a adesão tanto das equipes de atenção básica quanto dos gestores municipais, partindo do pressuposto de que o seu êxito depende da motivação e proatividade dos atores envolvidos.

*Objetivo incluído no Manual instrutivo para o 3º ciclo em 2015.

Fonte: BRASIL (2012e, 2015)

Quadro 35 – Dimensões e subdimensões de análise de certificação no PMAQ na Atenção Básica – 2012

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão	Gestão municipal	Implantação e implementação de Atenção Básica no município
		Organização e integração da rede de atenção à saúde
		Gestão do trabalho
	Coordenação da Atenção Básica	Apoio institucional
		Educação permanente
		Gestão do monitoramento e avaliação
Unidade Básica de Saúde	Infraestrutura e equipamentos	
	Insumos, imunobiológicos e medicamentos	
Equipes	Perfil, processo de trabalho e atenção à saúde*	Perfil da equipe
		Organização do processo de trabalho
		Atenção integral à saúde
		Participação, controle social e satisfação do usuário

*Para análise do desempenho e certificação das equipes, a metodologia utilizada para composição da nota se organiza na seguinte proporção: 10% para implementação de autoavaliação; 20% verificação do desempenho alcançado para o conjunto dos indicadores contratualizados; e **70% verificação de evidências para um conjunto de padrões de qualidade.**

Fonte: BRASIL, 2012e, 2015

De acordo com Giovanella et al. (2018b), os ciclos¹⁶⁰ do PMAQ permitiram uma ampla visualização da situação da Atenção Básica no Brasil, abordando na avaliação dimensões do processo de trabalho das equipes, infraestrutura das unidades, organização da atenção, experiência e satisfação dos usuários, demonstrando também as desigualdades territoriais e as condições precárias de trabalho, sobretudo, das enfermeiras. No entanto, ainda que tenha sido uma experiência positiva para conhecimento da realidade da rede de serviços e indução da sua melhoria no acesso e na qualidade, o programa foi o instrumento que viabilizou, em maior escala, a vinculação do repasse financeiro para os municípios diretamente ao desempenho dos profissionais no processo de trabalho.

Com o governo Dilma Rousseff a partir de 2011, a discussão sobre a necessidade de ampliar os baixos recursos financeiros transferidos para a AB que permaneciam em um *per capita* (sic) mínimo, foi acoplada, por exigência da própria presidenta, à avaliação da qualidade da atenção prestada. **Incentivar e premiar a melhoria da qualidade passou a ser a diretriz da gestão do Departamento de Atenção Básica**, que criou, ainda no primeiro governo Dilma, o Programa Nacional para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). **O programa foi criado como base para o repasse do incentivo financeiro por desempenho denominado *componente qualidade* do Piso de Atenção Básica (PAB) variável.** (GIOVANELLA et al., 2018b, p. 571, grifo nosso)

Quadro 36 – Áreas estratégicas, indicadores desempenho e monitoramento do PMAQ na Atenção Básica – 2012 (continua)

Área estratégica	Indicadores	
	Desempenho	Monitoramento
Saúde da mulher	Proporção de gestantes cadastradas pela equipe de atenção básica	Proporção de gestantes acompanhadas por meio de visitas domiciliares
	Média de atendimentos de pré-natal por gestante cadastrada	
	Proporção de gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre	
	Proporção de gestantes com o pré-natal em dia	
	Proporção de gestantes com vacina em dia	
	Razão entre exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 15 anos ou mais	
Saúde da criança	Média de atendimentos de puericultura	Proporção de crianças com baixo peso ao nascer
	Proporção de crianças menores de quatro meses com aleitamento exclusivo	
	Proporção de crianças menores de um ano com vacina em dia	Proporção de crianças menores de um ano acompanhadas no domicílio
	Proporção de crianças menores de dois anos pesadas	
	Média de consultas médicas para menores de um ano	Cobertura de crianças menores de cinco anos de idade no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)
	Média de consultas médicas para menores de cinco anos	

¹⁶⁰ Foram desenvolvidos três ciclos de avaliação: 1º (2011-2012); 2º (2012-2013); e 3º (2016-2018).

Quadro 36 – Áreas estratégicas, indicadores desempenho e monitoramento do PMAQ na Atenção Básica – 2012 (conclusão)

Área estratégica	Indicadores	
	Desempenho	Monitoramento
Controle de Diabetes <i>mellitus</i> e hipertensão arterial sistêmica	Proporção de diabéticos cadastrados	Proporção de diabéticos acompanhados no domicílio
	Proporção de hipertensos cadastrados	
	Média de atendimentos por diabético	Proporção de hipertensos acompanhados no domicílio
	Média de atendimentos por hipertenso	
Saúde bucal	Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada	Média de instalações de próteses dentárias
	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante
	Cobertura de primeira consulta de atendimento odontológico à gestante	Taxa de incidência de alterações da mucosa oral
	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	
Produção geral	Média de consultas médicas por habitante	Proporção de consultas médicas de urgência com observação
	Proporção de consultas médicas para cuidado continuado/programado	Proporção de encaminhamentos para atendimento de urgência e emergência
		Proporção de encaminhamentos para atendimento especializado
		Proporção de encaminhamentos para internação hospitalar
	Proporção de consultas médicas de demanda agendada	Média de exames solicitados por consulta médica básica
		Média de atendimentos de enfermeiro
	Proporção de consultas médicas de demanda imediata	Média de visitas domiciliares realizadas pelo agente comunitário de saúde (ACS) por família cadastrada
Proporção de acompanhamentos das condicionalidades de saúde pelas famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família		
Tuberculose e hanseníase	Média de atendimentos de tuberculose	
	Média de atendimentos de hanseníase	
Saúde mental		Proporção de atendimentos em Saúde Mental, exceto usuários de álcool e drogas
		Proporção de atendimentos de usuário de álcool
		Proporção de atendimentos de usuário de drogas
		Taxa de prevalência de alcoolismo

Fonte: BRASIL (2012e, 2015)

O contexto dos governos Dilma Roussef (2011-2016) desenvolveu-se no aprofundamento do pós-crise de 2008 e no esgotamento do modelo de conciliação de classes como estratégia de governabilidade e de “concertação social”¹⁶¹ como base de hegemonia. Os efeitos da crise cíclica de 2008 afetaram mais fortemente o país a partir dos seus mandatos, tanto pela desaceleração econômica, como pelo acirramento das contradições em torno das

¹⁶¹ Segundo Antunes e Braga (2014, p. 43), a estratégia de hegemonia dos governos petistas foi consolidada por duas formas de consentimento popular, trazendo ganhos para a classe trabalhadora mais pauperizada, diminuindo a miséria: “[...] por um lado, as lideranças petistas incorporaram, por meio de milhares de cargos administrativos de assessoramento e do controle sindical dos fundos de pensão, muitos movimentos sociais e populares ao governo, conduzindo o movimento sindical a uma verdadeira ‘fusão’ com o aparelho de Estado; por outro, os setores mais empobrecidos e parte dos segmentos mais precarizados da população trabalhadora foram seduzidos pelas políticas públicas do governo federal, em especial, pelo programa Bolsa Família, pelo crédito direto e pelos aumentos reais do salário mínimo.”

prioridades do governo desdobradas nas manifestações que se iniciaram em junho de 2013 com o Movimento Passe Livre (MPL).

Ainda que as medidas anticíclicas (Plano de Aceleração do Crescimento (PAC), subsídios fiscais em setores fundamentais da economia – construção civil, automobilístico, eletrodomésticos) tenham sustentado o término do segundo mandato de Lula, o mesmo não ocorreu nos governos de Dilma, considerando o esgarçamento do pacto com a direita e as questões candentes da precarização do trabalho e subfinanciamento de serviços públicos como a educação e a saúde (ANTUNES, 2018).

A articulação público-privada e as pressões para privatização nos serviços públicos, as desonerações e subsídios fiscais para as empresas médicas e planos de saúde marcaram os posicionamentos ambíguos do governo em relação ao SUS. O duro golpe em 2007 da extinção da Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (CPMF), como fonte de recursos para o orçamento público da saúde, e a reprovação da proposta de aumento de 10% das receitas brutas para a saúde, já sinalizavam a ampliação da fragilidade na sustentabilidade financeira do SUS (TEIXEIRA; PAIM, 2018).

Entretanto, se por um lado, o governo Dilma continuou a expansão de serviços prioritários de saúde e tentou enfrentar o problema dos vazios sanitários através da criação do Programa Mais Médicos¹⁶² (PMM), lei nº 12.871/2013, para atuação na Atenção Básica; por outro, autorizou a entrada do capital estrangeiro no país para a prestação de serviços em 2014 e aprovou legislação de outras modalidades de parceria público-privada, tal como as Organizações da Sociedade Civil (OSC), lei nº 13.019/2014 (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

No governo Dilma, novo projeto de melhoria da qualidade no SUS foi desenvolvido sob contrato de empréstimo junto ao BM. A partir de 2011, a criação da “cultura da qualidade” assumiu outro patamar, avançando em âmbito nacional no processo de avaliação externa do microespaço do processo produtivo da saúde. É importante destacar um dos projetos do governo federal financiados pelo BM, o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde – QualiSUS-Rede – que implicou mudança importante na organização dos serviços de saúde a partir dos seus desdobramentos. O QualiSUS-Rede, instituído pela portaria nº 396/2011, desenvolveu-se sob a premissa de

¹⁶² Com o programa, foi possível a contratação de médicos formados no exterior, com peso maior para os médicos cubanos, por intermédio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), sem a realização do processo de validação de diplomas. Entre as medidas previstas no PMM estavam: mudanças curriculares, provimento de médicos em áreas de alta vulnerabilidade social e difícil fixação de profissionais, expansão de vagas para residência e graduação médica (MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

qualificação da atenção e da gestão em saúde, através da organização de redes regionais e temáticas¹⁶³ de atenção à saúde e da avaliação do desempenho para qualificação do cuidado¹⁶⁴ (Quadro 37).

Quadro 37 – Projeto de investimento na Qualidade da Rede de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde com financiamento do BM (continua)

Projeto	Objetivos	Justificativa BM	Emp. (milhões)	Objetivos (Ministério da Saúde)	Estratégias (Ministério da Saúde)
QualiSUS – Redes (2011-2015) Empréstimo nº 7632-BR	- Melhorar a qualidade e eficiência do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Redes de Atenção à Saúde com ênfase na atenção à saúde de nível secundário, centros de especialidades, centros de diagnóstico e emergência e sistemas logísticos que atendem nas regiões e populações-alvo do projeto.	Projeto alinhado com pilares estratégicos do BM, tais como equidade, competitividade e governança e do Ministério da Saúde para apoiar ações que: 1- Reduzam a pobreza e a desigualdade por meio da qualidade de atendimento e melhorando os resultados em saúde; 2- Contribuir para a competitividade/ crescimento do Brasil por meio de soluções sustentáveis para custos “implacáveis” e pressões de acesso enfrentadas pelo sistema de saúde brasileiro, melhorando a eficiência e acessibilidade dos gastos sociais (por exemplo, racionalizando o fornecimento de hospitais, especialidades e serviços diagnósticos dispendiosos) e melhorando a produtividade da força de trabalho (por exemplo, detecção precoce, tratamento oportuno e gerenciamento contínuo das DCNT; redução do tempo de espera para atendimento especial e eletivo) ; fortalecer as bases de “governança” (por exemplo, contratação por desempenho, gestão de informações e redes, e instalação de mecanismos de governança).	US\$ 235	- Organização, no âmbito do SUS, de redes de atenção à saúde que considerem o protagonismo da Atenção Primária no seu ordenamento; - Priorização dos investimentos na atenção especializada (ambulatório e hospitalar), na atenção de urgência e emergência e no aprimoramento dos sistemas logísticos de suporte à rede; - Aumento da eficiência alocativa e produtiva do SUS; - Instituição e aprimoramento dos mecanismos de gestão das redes de atenção à saúde; - Fortalecimento da regionalização, da contratualização, da regulação do acesso, da responsabilização dos gestores e da participação social; - Qualificação do cuidado em saúde, incentivando a definição e implantação de protocolos clínicos, linhas de cuidado e processos de capacitação profissional;	- Apoiar o desenvolvimento de redes de atenção à saúde em regiões metropolitanas e não metropolitanas definidas pelo MS; - Intervir, em cada um dos componentes da rede de serviços de saúde existente em cada região, na perspectiva de estruturação de uma rede integrada de atenção à saúde; - Estimular o desenvolvimento de linhas de cuidado predefinidas como um dos elementos de qualificação do cuidado em saúde; - Investir prioritariamente na atenção especializada (ambulatório e hospitalar) de média complexidade e de urgência e emergência, dando prioridade para a adequação da capacidade instalada de serviços de saúde e do parque tecnológico; para o desenvolvimento de recursos humanos e para a implementação de novos processos e tecnologias de gestão;

¹⁶³ Portarias publicadas em 2011: nº 1.459 Rede Cegonha; nº 1.600 Rede de Urgência e Emergência; nº 3.008 Rede de Atenção Psicossocial; e a nº 793 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Em 2012, tem-se a aprovação da portaria da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, revista pela portaria nº 483 de 2014.

¹⁶⁴ Foram selecionados 15 subprojetos em regiões metropolitanas do país (entre eles, o Rio de Janeiro-RJ) para implementação do componente de qualificação e gestão do cuidado na rede de atenção e cinco em “regiões-tipo” (maior fragilização nas condições socioeconômicas da população, menos serviços e profissionais de saúde).

Quadro 37 – Projeto de investimento na Qualidade da Rede de Atenção a Saúde do Ministério da Saúde com financiamento do BM (conclusão)

Projeto	Objetivos	Justificativa BM	Emp. (milhões)	Objetivos (Ministério da Saúde)	Estratégias (Ministério da Saúde)
QualiSUS – Redes (2011-2015) Empréstimo nº 7632-BR	- Melhorar a eficácia dos sistemas de entrega de serviços na Rede de Atenção à Saúde do SUS para prevenir, detectar e tratar as condições de saúde prioritárias nas regiões e populações-alvo do Projeto.	Projeto alinhado ao princípio estratégico de engajamento do governo com “desafios de longo prazo para definir o caminho”, por meio da reconfiguração da atual natureza fragmentada da organização dos serviços na Rede de Atenção à Saúde do SUS . Além disso o projeto aplica dimensão chave da abordagem setorial das parcerias estratégicas de países com o BM.	US\$ 235	- Melhoria da efetividade e da resolubilidade da prestação dos serviços de saúde para as populações cobertas pelo projeto; - Produção, sistematização e difusão dos conhecimentos voltados à melhoria da qualidade da atenção e da gestão em saúde, ao desenvolvimento de metodologias e processos de avaliação e gestão da qualidade e à gestão da inovação tecnológica em saúde. Estruturado em 3 componente: 1- Qualificação do Cuidado e Organização de Redes de Atenção à Saúde; 2- Intervenções Sistêmicas Estratégicas; e 3-Gestão do Projeto.	- Integrar a alocação de recursos de investimento ao conjunto de iniciativas de desenvolvimento de recursos humanos e de implementação de novos processos e tecnologias de gestão; - Fortalecer os mecanismos e instrumentos de gestão governamental e organizacional em apoio à estruturação das redes de atenção à saúde.

Fonte: Adaptado de WBG (2008); BRASIL (2011)

Apesar da priorização indicada para investimento na atenção especializada de média e alta complexidades, os desdobramentos do Quali-SUS afetam a Atenção Básica, no que concerne ao desenvolvimento das ações das linhas de cuidado pré-definidas e ao fortalecimento dos instrumentos e mecanismos de gestão na organização das redes de atenção, com foco especialmente nas DCNT. Desse modo, esse processo repercute na organização do processo de trabalho das equipes da Saúde da Família, tanto pelas mudanças relativas às prioridades e reorganização da atenção, conforme linhas de cuidado, especialmente das “redes temáticas”, como pela integração do Quali-SUS junto ao PROESF, por meio do PMAQ e incentivo à informatização da Atenção Básica com a criação do novo Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), o qual institucionaliza o uso de prontuário eletrônico público articulado com demais sistemas de informação no âmbito da Atenção Básica.

Neste contexto, tem-se a aprovação da portaria nº 4.279, de 2010 (BRASIL, 2010), fruto de acordo tripartite entre as representações das instâncias gestoras do SUS, a qual estabelece as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde no SUS. Em seguida, é aprovado o decreto nº 7.508 de 2011, que regulamenta os artigos referentes às Redes de

Atenção na lei orgânica do SUS nº 8.080 de 1990, a partir da pactuação de organização e funcionamento das ações e serviços de saúde sob responsabilidade dos gestores (BRASIL, 2014).

Cabe destacar a importância destas medidas por seu profundo caráter reestruturador dos serviços do SUS e reorganizador do processo de trabalho na Atenção Básica. A portaria nº 4.279, de 2010 (BRASIL, 2010), composta por um conjunto de conceitos que dialogam com as reformas e promovem uma reorientação assistencial nos sistemas de saúde com base em outras experiências internacionais, estabelece a necessidade de mudanças na rede de atenção sob a justificativa de superação da fragmentação das ações e serviços, assim como para favorecer a “qualificação do cuidado” diante das dificuldades enfrentadas no sistema de saúde brasileiro:

O cenário brasileiro é caracterizado pela diversidade de contextos regionais com marcantes diferenças sócio econômicas e de necessidades de saúde da população entre as regiões, **agravado pelo elevado peso da oferta privada e seus interesses e pressões sobre o mercado na área da saúde e pelo desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade** que demonstram a complexidade do processo de constituição de um sistema unificado e integrado no país. Consequentemente, a organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por: (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde (APS). (BRASIL, 2010, p. 2)

A Rede de Atenção à Saúde é compreendida como “arranjos organizativos de ações e serviços por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão” (BRASIL, 2010, p. 4) com a finalidade de promover a integralidade da atenção dos usuários, sendo assim descritas suas características e aspectos de implantação pelo Ministério da Saúde:

[...] como principais características das RAS: a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a Atenção Básica como centro de comunicação; a centralidade nas necessidades de saúde da população; a responsabilização por atenção contínua e integral; o cuidado multiprofissional; o compartilhamento de objetivos e o compromisso com resultados sanitários e econômicos. No processo de implantação das RAS, considera-se importante que sejam observados os seguintes aspectos: Definição clara da população e território; Diagnóstico situacional; Criação de uma imagem objetivo para a superação dos vazios assistenciais; **Articulação do público e privado**; Planejamento pela efetiva necessidade; Criação de um sistema logístico e de suporte; Investimento nas pessoas/equipes; **Criação de sistema de regulação e governança para funcionamento da rede**; e **Financiamento**

sustentável e suficiente com vinculação a metas e resultados. (BRASIL, 2014, p. 9-10, grifo nosso)

Apesar do avanço representado na regulamentação da rede de atenção no SUS, a legislação incorpora aspectos das demandas de articulação entre o público e privado e o ideário da “governança”; assim como a “eficiência microeconômica” a partir de ferramentas como a gestão da clínica, auditoria e diretrizes clínicas, entre outras para reestruturação na rede serviços e reorganização dos processos de trabalho (Quadro 38). Entre os fundamentos da reestruturação e ampliação da resolutividade da rede, destacam-se os preceitos da “Economia de Escala” (concentração de serviços em determinado local para racionalização dos custos e otimização dos resultados), “Suficiência” (serviços disponíveis em quantidade e qualidade para atender às necessidades da população), “Disponibilidade de recursos” (concentração dos “recursos escassos”, sejam “recursos humanos ou físicos”), “Acesso” (ausência de barreiras geográficas, financeiras, organizacionais, socioculturais, étnicas e de gênero para o cuidado) e “Qualidade”:

A qualidade na atenção em saúde pode ser melhor compreendida com o conceito de **graus de excelência do cuidado** que pressupõe avanços e retrocessos nas seis dimensões, a saber: **segurança** (reconhecer e evitar situações que podem gerar danos enquanto se tenta prevenir, diagnosticar e tratar); **efetividade** (utilizar-se do conhecimento para implementar ações que fazem a diferença, que produzem benefícios claros aos usuários); **centralidade na pessoa** (usuários devem ser respeitados nos seus valores e expectativas, e serem envolvidos e pró-ativos no cuidado à saúde); **pontualidade** (cuidado no tempo certo, buscando evitar atrasos potencialmente danosos); **eficiência** (evitar desperdício ou ações desnecessárias e não efetivas), e **equidade** (características pessoais, como local de residência, escolaridade, poder aquisitivo, dentre outras, não devem resultar em desigualdades no cuidado à saúde). (BRASIL, 2010, p. 6, grifo nosso)

A Atenção Básica é um dos atributos fundamentais da rede de atenção, composta por equipes multidisciplinares e considerada o primeiro nível de atenção e principal porta de entrada e ordenadora de toda rede, através da coordenação do cuidado. (BRASIL, 2010) No Manual de Implementação das Redes de Atenção a Saúde (BRASIL, 2014), a governança é descrita como um processo gerencial em estreita relação com os preceitos e mecanismos de regulação¹⁶⁵ no SUS:

Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações. (BRASIL, 2010 apud BRASIL, 2014, p. 12)

¹⁶⁵ A portaria nº 1.559/2008 dispõe sobre a Política de Regulação no âmbito do SUS que tem como pressupostos a reformulação da regulação na produção de bens e serviços, incidindo sobre e articulando prestadores público ou privados para constituição da oferta de serviços na Rede de Atenção a Saúde.

Quadro 38 – Principais ferramentas de “microgestão” do processo de trabalho na Rede de Atenção à Saúde Brasil

Ferramenta	Concepção	Objetivos
Gestão da clínica	Compreensão da clínica individual de forma ampliada, agregando-a a visão dos problemas de saúde e situações que ampliam o risco e a vulnerabilidade das pessoas; obtendo como subsídio a análise da situação de saúde para identificação e estratificação de risco e priorização nos cuidados de saúde, preventivos, promocionais ou assistenciais.	Assegurar padrões clínicos ótimos; aumentar a eficiência; diminuir riscos para usuários e profissionais; prestar serviços efetivos; e melhorar a qualidade da atenção à saúde.
Diretrizes clínicas	Recomendações que orientam decisões assistenciais, de prevenção e promoção, como de organização de serviços para condições de saúde de relevância sanitária, elaboradas a partir da compreensão ampliada do processo saúde-doença, com foco na integralidade, incorporando as melhores evidências da clínica, da saúde coletiva, da gestão em saúde e da produção de autonomia.	Proporcionar recomendações para a prática assistencial, a partir de Guias de Prática Clínica/Protocolos Assistenciais e orientação das Linhas de Cuidado, comunicação entre equipes e serviços, programação de ações e padronização de determinados recursos.
Linhas de cuidado	Articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas por diretrizes clínicas, entre as unidades de atenção de uma dada região de saúde, para a condução oportuna, ágil e singular, dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades epidemiológicas de maior relevância.	Subsidiar a coordenação ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação/contratualização e a conectividade de papéis e de tarefas dos diferentes pontos de atenção e profissionais. Pressupõem uma resposta global dos profissionais envolvidos no cuidado, superando as respostas fragmentadas. A implantação deve ser a partir das unidades da Atenção Básica, que têm a responsabilidade da coordenação do cuidado e ordenamento da rede.
Gestão da condição de saúde	Gestão de processos de uma condição ou doença que envolve intervenções na promoção da saúde, na prevenção da condição ou doença e no seu tratamento e reabilitação. Parte da abordagem baseada numa população adscrita, que identifica pessoas em risco de adoecer ou adoecidas, com foco na promoção da saúde e/ou ação preventiva, ou a atenção adequada, com intervenção precoce, com vistas a alcançar melhores resultados e menores custos.	Melhorar a qualidade da atenção à saúde em toda a rede de atenção, englobando o conjunto de pontos de atenção à saúde, para alcançar bons resultados clínicos, a custos compatíveis, com base em evidência disponível na literatura científica. Gerir riscos coletivos e ambientais através da vigilância, prevenção e controle de doenças, agravos e fatores de risco para a população.
Gestão de casos	Relação personalizada entre usuários e profissionais nos serviços de saúde. Processo que se desenvolve entre o profissional responsável pelo caso e o usuário do serviço de saúde para planejar, monitorar e avaliar ações e serviços, de acordo com as necessidades da pessoa, com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade e humanizada.	Atender às necessidades e expectativas de usuários em situação especial; prover o serviço certo ao usuário no tempo certo; aumentar a qualidade do cuidado; e diminuir a fragmentação da atenção.
Auditoria clínica	São descritos três enfoques principais de auditoria clínica: auditoria implícita, que utiliza opinião de <i>experts</i> para avaliar a prática de atenção à saúde; a auditoria explícita, que avalia a atenção prestada contrastando-a com critérios pré-definidos, especialmente nas diretrizes clínicas; e a auditoria por meio de eventos-sentinelas.	Analisar crítica e sistematicamente a qualidade da atenção à saúde, incluindo os procedimentos usados no diagnóstico e tratamento, o uso dos recursos e os resultados para os pacientes em todos os pontos de atenção, observada a utilização dos protocolos clínicos estabelecidos.
Lista de espera	Entendida como tecnologia que normatiza o uso de serviços em determinados pontos de atenção à saúde, estabelecendo critérios de ordenamento por necessidades e riscos, promovendo a transparência, ou seja, constituem uma tecnologia de gestão da clínica.	Racionalizar o acesso a serviços em que exista um desequilíbrio entre a oferta e a demanda.

Fonte: Adaptado de BRASIL (2010)

Desta forma, articulam-se e consolidam-se as bases que permitem a indução, o controle e o direcionamento dos processos de trabalho dos profissionais, conforme as prioridades e demandas pactuadas, sobretudo, no âmbito da gestão (com todas as contradições e tensões que permeiam o aparelho do Estado capitalista e a respectiva racionalização dos custos para as políticas públicas), assim como a transferência da responsabilidade pelos resultados de saúde para a força de trabalho, em um cenário de precarização do trabalho e subfinanciamento do sistema. É importante ratificar que, ainda que a avaliação processual da rede de serviços (incluindo as responsabilidades do gestor público) e com ampla participação

de profissionais e usuários seja fundamental e necessária, em um contexto de expansão e avanço dos interesses de mercado para os serviços e administração pública, a avaliação de desempenho pode ser um potente instrumento de intensificação do trabalho voltado a prioridades alheias às reais necessidades de saúde da população.

Rizzotto e Campos (2016), ao analisar dois documentos do BM¹⁶⁶ contendo análises sobre o sistema de saúde brasileiro, apontam o foco empregado ao modelo de gestão calcado na “governança” ou *accountability*, um dos formatos da teoria empresarial do *management* empresarial a ser adaptada à gestão pública dos serviços de saúde. A proposta da “governança” baseia-se na responsabilização de gerentes e trabalhadores sobre resultados dos serviços, aplicação de medidas com base no desempenho do seu trabalho e/ou da sua gestão.

Para o Banco, a ausência de responsabilização, ou seja, de punição de gerentes e profissionais com baixo desempenho, levaria a um sistema injusto que comprometeria a qualidade e o impacto das ações de saúde. **A ideia de governança local, descentralizada, transfere para o espaço da micropolítica a responsabilidade pela atenção à saúde prestada à população, deixando intacta qualquer crítica à macropolítica, onde se define a alocação dos recursos públicos, até porque, para o Banco, o problema não está na falta de recursos, mas na sua má gestão.** (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016, p. 267, grifo nosso)

De acordo com os autores, apesar de reconhecer alguns avanços no sistema de saúde, relacionados à extensão da cobertura na Atenção Básica, descentralização dos serviços e diminuição de desigualdades regionais, o BM centra suas críticas à gestão e ao financiamento do sistema de saúde (crítica ao elevado “gasto” na manutenção do direito universal à saúde, realizando apontamentos sobre a governança, eficiência, relação público-privada na oferta de serviços). A análise do BM sobre a gestão no SUS, como de praxe, é negativa em vários aspectos, sob os argumentos de ineficiência, “complexidade do planejamento”, mas, sobretudo, por uma “gestão de pessoal” dificultada por uma “legislação inflexível”, pelas práticas gerenciais empregadas, falta de “prestação de contas” das gerências e incipiente “gestão da produção e qualidade”. Com base neste diagnóstico, o Banco propõe:

[...] (1) **sincronizar e alinhar os processos de planejamento, orçamento, execução e informação, e orientá-los para o desempenho;** (2) consolidar as transferências de recursos em categorias mais abrangentes e **vincular qualquer aumento no financiamento à melhoria do desempenho, recompensando o bom desempenho e penalizando o inadequado;** (3) desenvolver e introduzir arranjos organizacionais que proporcionem **autonomia e autoridade para a tomada de decisão e gestão de recursos;** (4) **fortalecer e profissionalizar a capacidade gerencial;** e (5) **aplicar mecanismos para fortalecer a responsabilização, como os contratos de gestão que induzam os administradores a focarem em objetivos específicos e resultados mensuráveis.** (BANCO MUNDIAL, 2007 apud RIZZOTTO; CAMPOS, 2016, p. 267, grifo nosso)

¹⁶⁶ Documentos intitulados: *Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro*, de 2007, e *20 anos de construção do sistema de saúde no Brasil: uma análise do Sistema Único de Saúde*, de 2013.

Especificamente em relação à “governança”, é importante destacar a análise de Rizzotto e Campos (2016) sobre a temática. Para os autores, a proposta tende a reduzir o processo de tomada de decisão ao âmbito da gestão, ocultando o processo político do qual deve ser resultado, remetendo-a à qualidade da organização e técnica dos serviços como estratégia de induzir “melhores práticas” e “melhores decisões” para os gestores do sistema. Aparentemente democrática, por convocar a participação de representantes da “sociedade civil” (ou nos termos utilizados pelos organismos internacionais, *stakeholders*) para ampliar o processo decisório, exime o Estado de responsabilidade da garantia dos direitos sociais e desconsidera seu caráter de classe e os interesses antagônicos entre classes e disputas entre as frações de classe no interior do aparelho do Estado.

Isto é, a proposta de governança reforça o papel gerencial da administração pública, em um Estado que se restringiria à competência de regular, mediar conflitos e conduzir processos de negociação para oferta de serviços, sem responsabilizar-se pela oferta e até mesmo pelo seu próprio financiamento. Nesse contexto, a proposição gira em torno da adoção de modelos de gestão que induzam à melhoria no desempenho, na eficácia do uso dos “recursos escassos”, especialmente a partir de realização de “contratos de gestão”, autonomia administrativa, metas pré-definidas e recompensa por resultado (*pay for performance*) (RIZZOTTO; CAMPOS, 2016).

O agravamento da crise no cenário internacional, e o risco da redução das taxas de lucro no cenário nacional, provocou pressões da classe dominante nacional sobre o governo para adoção de medidas de austeridade. No contexto da polarização política e turbulenta reeleição da presidenta para o segundo mandato em 2014 que, apesar do programa eleitoral contrário às medidas de austeridade, estabeleceu novo programa de Ajuste Estrutural, iniciado em 2015¹⁶⁷ e levado a cabo pelo governo Temer após o golpe em 2016. No entanto, diversas medidas antipopulares foram implementadas no segundo mandato do governo Dilma, tais como aumento do *superávit* primário, nova leva de privatizações, aumento da taxa de juros,

¹⁶⁷ O projeto da burguesia nacional tem seus objetivos claramente delineados na plataforma política desenhada pelo Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB) em 2015, antessala do golpe institucional do *impeachment* de Dilma Roussef e assunção da presidência pelo seu então vice-presidente Michel Temer (PMDB), em 2016. O documento *Uma ponte para o futuro* traça os principais objetivos da burguesia nacional em articulação com o capital internacional: colocar em marcha as contrarreformas trabalhistas, da previdência e as emendas constitucionais de desfinanciamento do setor público, especialmente a saúde e a educação, privatização e aprofundamento das parcerias público-privadas no âmbito do aparelho do Estado (PMDB, 2015). De acordo com Elaine Behring (2019), a plataforma reforça de forma translúcida as “linhas mestras” do PDRE de 1995, inaugurando um terceiro momento de aprofundamento do neoliberalismo no Brasil com a proposição de um novo regime fiscal – “ultraliberal” – o que, segundo a autora, caracteriza o “Ajuste Fiscal Permanente” no país. Os sucessivos vilipêndios do fundo público do Estado brasileiro corroboraram para aprofundamento da inserção subordinada do país no cenário internacional, deixando-o “à mercê dos especuladores no mercado financeiro” (BEHRING, 2019, p. 5).

incentivo ao agronegócio. Ainda assim, diante da base social fragilizada, sofreu as duras consequências da deflagração da Operação Lava-Jato e *impeachment* em 2016 (ANTUNES, 2018; TEIXEIRA; PAIM, 2018).

No que concerne à saúde, é importante destacar a “cobrança da conta” dos investimentos realizados nas campanhas eleitorais pelas operadoras de planos junto aos seus deputados eleitos no congresso nacional. São exemplos disso a nomeação de ministros da saúde conservadores e de direita, a tentativa de aprovação dos Planos Populares de Saúde, as desonerações fiscais e perdão de dívidas das operadoras de plano, entre outras. Segundo Teixeira e Paim (2018, p. 14-15), não foram poucos os golpes desferidos contra o SUS desde 2014:

1) Abertura da saúde ao capital estrangeiro; 2) Projeto de Lei (PL) para obrigatoriedade de planos privados de saúde para empregados, exceto os domésticos; 3) PL das Terceirizações; 4) Prorrogação da Desvinculação das Receitas da União (DRU), acrescida da Desvinculação das Receitas dos Estados (DRE) e da Desvinculação das Receitas dos Municípios (DRM); 5) Proposta de Emenda Constitucional (PEC 241) da Câmara dos Deputados e PEC 55 do Senado (Novo Regime Fiscal); 6) Planos populares; 7) Rejeição da Emenda Popular Saúde + 10; 8) Orçamento impositivo; 9) Reconhecimento da constitucionalidade das OS; 10) Proposta de Cobertura Universal em Saúde; 11) Agenda Brasil com cobrança de serviços no SUS; 12) Novos pacotes de ajuste; 13) Saúde, educação e ciência e tecnologia como moeda de troca político-partidária. Cumpre registrar que parte dessas iniciativas já foi efetivada (1,3,4,5,7,8,9,13), enquanto outras ainda pairam como ameaças concretas (2,6,10,11,12)

De acordo com Mendes (2015), em 2015, duas medidas vieram a agravar mais drasticamente a viabilidade da garantia do direito universal à saúde: 1) a lei 13.097/2015, que altera o artigo 199 da Constituição Federal e libera a abertura da saúde para empresas e capitais estrangeiros na instalação, operação e exploração de hospitais e clínicas no país (inclusive autorizando ações e pesquisas de planejamento familiar e de serviços de saúde exclusivos para atendimento de funcionários de empresas); e 2) A Emenda Constitucional (EC) nº 86/2015 do Orçamento Impositivo alterou a base de cálculo da Receita Corrente Líquida (RCL) para o financiamento do SUS, contribuindo para a redução dos recursos que se restringiram para até 15% da RCL em 2020. Na prática, acrescentou dificuldade para aumentar os recursos para a saúde, considerando a lógica de proposição das EC conforme interesses particulares dos parlamentares (MENDES, 2015).

Tais medidas vão ao encontro da “insaciabilidade” do capital portador de juros nos últimos 35 anos que, ao não encontrarem espaços de valorização, buscam o Fundo Público como lócus privilegiado. De acordo com o autor, outras medidas também são observadas, tais como as renúncias fiscais sobre as despesas com Planos Privados de Saúde no Imposto de

Renda, ou mesmo renúncias e desonerações às entidades prestadoras de serviços “sem fins lucrativos” e para a indústria farmacêutica¹⁶⁸ (MENDES, 2015).

Para Mendes (2015), a austeridade fiscal é a medida governamental que representa maior ataque direto às políticas sociais. Frente à crise econômico-política mundial e seu impacto no Brasil, os governos buscam seu enfrentamento aumentando a exploração dos trabalhadores e da população em geral com cortes diretos na seguridade social, especialmente na área da educação e da saúde. Ademais, a implementação de uma das maiores medidas de austeridade do governo brasileiro nos últimos anos para saúde: congelamento por 20 anos do financiamento para o SUS, através da EC 95/2016. Segundo Mendes (2017), esta EC determina à saúde pública sua desestruturação e privatização crescente, impondo um teto para a saúde em 2017 de 15% da Receita Corrente Líquida, sendo os prejuízos acumulados nos próximos 20 anos para o SUS de aproximadamente R\$ 415 bilhões.

Fundamental ratificar a gravidade da aprovação da EC 95/2016 para a saúde da população brasileira. Com aumento da população em geral, e em especial da população idosa, quando se torna maior a necessidade de acesso aos recursos e serviços de saúde e maior os custos para acesso a medicações, insumos e tecnologias diagnósticas, é quando se terá a menor dotação financeira para investimento na saúde. Além disso, um país com uma tripla carga de doenças, perfil de saúde típico da condição de país periférico, com uma população vivendo em condições abaixo do nível mínimo de sustentação da sua força de trabalho, é de fato um “austericídio” (TEIXEIRA; PAIM, 2018) durante 20 anos contra gerações inteiras de brasileiros. E mais, por ser uma medida constitucional, inviabiliza mudanças nos próximos governos, blindando o direcionamento do fundo público para o capital financeiro através do pagamento da dívida pública.

Para se ter uma dimensão do cenário catastrófico brasileiro, além da EC 95, outras medidas drásticas foram tomadas contra a classe trabalhadora entre os anos de 2016 e 2019: reforma trabalhista e reforma da previdência estão entre as mais graves. Como aponta

¹⁶⁸ Em meio ao turbilhão da conjuntura de crise político-econômica brasileira em 2015, o projeto privatista avança com suas propostas para uma “Política Nacional de Saúde”, o assim chamado “Livro Branco” da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP). O projeto não se restringe à proposição da parceria público-privada em nível da média e alta complexidades, propondo integrar todos os serviços em rede (incluindo a Atenção Básica), mudanças na regulação, nas políticas de saúde, modelo de desenvolvimento produtivo e econômico, remuneração, modelo de gestão, organização, assistencial. **No âmbito da “microgestão” o documento convoca o investimento na infraestrutura, o uso intensivo das TIC nos serviços (telemedicina, controle da produção em saúde, indicadores etc.), além de, claro, apontar a importância da produtividade dos “recursos humanos”, qual seja a partir da garantia da “qualidade” e do desempenho dos prestadores de serviços, propondo a criação de um “sistema nacional de qualidade”, dispondo “[...] de indicadores e metas relacionadas a *benchmarks* nacionais e internacionais, baseados na medição e gestão dos diferentes tipos de pacientes.”** (ANAHP, 2015, p. 42)

Antunes (2018), o período já logo antes da pandemia do Covid-19 é marcado pela “era da degradação do trabalho” na “sociedade da terceirização total”, isto é, uma precarização profunda que submete os trabalhadores à flexibilização das relações trabalhistas, informalidade, insegurança e assédio moral permanente como estratégia da produção *just in time*, ou seja, elevação da produtividade (intensificação do trabalho) em tempos menores e com a maior “qualidade” possível.

Apesar da terceirização já se caracterizar como “linha de condução da precarização” no Brasil, com legislações desde a década 1970, esforços do Ministério Público de Trabalho (MPT) e da fiscalização do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) foram empreendidos ao longo dos anos para denunciar e reverter a “grave epidemia” de precarizações do trabalho. Ainda que não tenha sido suficiente para impedir este formato de contratação nefasto nas empresas, foi possível proibir a contratação de trabalhadores terceirizados para “atividades-fim” e indicando a responsabilidade da empresa subsidiária. Esta proibição fundamentou a atuação do Tribunal Superior do Trabalho (TST) contra grandes empresas que realizam a contratação terceirizada ilicitamente, através das denúncias dos trabalhadores e suas entidades representativas (ANTUNES, 2018).

No entanto, desde 2004, foi proposto o Projeto de Lei (PL) 4.330, com a finalidade de derrubar todos os limites à terceirização irrestrita, permitindo a criação de “redes de subcontratação” – *pejotização* – no Brasil. Com a ampla resistência dos sindicatos, pesquisadores e juristas, entre outros, o prosseguimento desse PL foi barrado no período e em outra tentativa de retorno ao plenário no ano de 2013. Não obstante, em 2015, a PL foi colocada em votação novamente de forma autoritária, sem discussão em plenário, pelo então presidente da câmara Eduardo Cunha¹⁶⁹ e aprovada no congresso e senado, mesmo com a mobilização nacional das entidades representativas dos trabalhadores (ANTUNES, 2018).

Antunes (2018) chama a atenção para o fato de que no mesmo período houve a rejeição da Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) interposta em 1998 contra a lei nº 9.637/98 (Lei das OS), covardemente rejeitada pelo Supremo Tribunal Federal (STF).

Ou seja, a terceirização por meio da intermediação das chamadas organizações sociais (fundações, ONGs, cooperativas etc.) nas atividades-fim do serviço público. A decisão é pela constitucionalidade, liberando, portanto, a terceirização para todos esses setores. Trata-se da vitória de uma concepção neoliberal de Estado, que transferirá recursos públicos para organizações de caráter

¹⁶⁹ Este ex-deputado federal foi artífice de diversas manobras para bloqueio das pautas do governo no congresso e no golpe institucional com o *impeachment* da presidente Dilma Rousseff, em 2016, mas não para por aí. Eduardo Cunha (PMDB-RJ) era um dos principais articuladores das pautas das empresas de Planos de Saúde (financiamento da sua campanha recebeu cerca de R\$ 250 mil pelo Saúde Bradesco) no congresso, promovendo a PEC 451/2014 que obrigava o pagamento de planos privados de saúde pelas empresas e anistia das multas dos Planos de Saúde.

privado, as quais estarão livres para contratar trabalhadores sem concurso público e sem licitação, implicando no progressivo fim do serviço público, da carreira de servidor, cuja função social é fundamental num Estado democrático. (ANTUNES, 2018, p. 187, grifo nosso)

Soma-se à difícil conjuntura, a emissão de novo documento do BM contendo análise sobre a “crise fiscal” e proposições de novo Ajuste Estrutural para melhoria da “eficiência” das políticas sociais brasileiras. O relatório *Um Ajuste Justo*, de 2017, propõe a retomada da “sustentabilidade fiscal” sem prejudicar o acesso e a qualidade dos serviços e garantindo a “proteção dos pobres”, através de novas reformas no âmbito da Assistência Social, Previdência, Educação e Saúde, diante da aprovação da EC95. Evidentemente, entre as principais propostas do BM para a redução do impacto do *déficit* fiscal e facilitação do pagamento da dívida pública, encontram-se a privatização e a concessão da infraestrutura e de outros serviços públicos para a iniciativa privada e a redução dos gastos nas contas públicas, especialmente com as políticas sociais e com os servidores públicos (BANCO MUNDIAL, 2017).

No que concerne à saúde, a estratégia indicada é o aumento da eficiência na prestação de serviços diante da expansão da demanda proporcionada pela transição demográfica e epidemiológica. Para tanto, o relatório *Um Ajuste Justo* sugere um conjunto de reformas no sistema de saúde, adequando a escala de produção dos hospitais públicos (fechamento de leitos em hospitais de pequeno e médio portes, concentrando os leitos em hospitais maiores), e “equilibrar” a necessidade de entrada nos hospitais. Além disso, aprimorar a coordenação entre os níveis de atenção e “prestadores de serviço” e “impulsionar o aumento da produtividade dos profissionais de saúde e alinhar os mecanismos de pagamento dos provedores aos custos efetivos.” (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 109, grifo nosso)

Em se tratando especificamente da Atenção Básica, o Banco aponta que, apesar da produtividade alta dos serviços, os municípios poderiam se beneficiar mais no melhor uso dos seus recursos, melhorando o desempenho, especialmente nas regiões mais empobrecidas, que sofrem com maior restrição orçamentária. Neste seguimento, aponta que o aumento do desempenho na atenção pode se dar pela melhoria na *performance* da força de trabalho, principalmente considerando a falta de profissionais qualificados, especialmente médicos. Desta maneira, propõe a melhoria da integração dos serviços de diferentes densidades tecnológicas (diagnóstico, especializado, hospitalar) à Atenção Básica, reservando o uso da força de trabalho médica (maior custo) para procedimentos mais complexos e delegando aos profissionais de enfermagem procedimentos mais simples:

Se o número de consultas e internações aumentasse, e os procedimentos mais rotineiros fossem realizados por profissionais de saúde de nível mais baixo (por exemplo, enfermeiros), seria possível melhorar significativamente a eficiência e a qualidade dos atendimentos. **As normas nacionais poderiam ser ajustadas para permitir que profissionais de enfermagem realizassem consultas e prescrevessem certos medicamentos e exames em unidades de atendimento primário.** Na verdade, tais práticas representam o padrão nos países mais desenvolvidos (para maximizar o uso do reduzido número de médicos). (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 117)

As medidas de reforma indicadas pela agência giram em torno da racionalização dos custos com a atenção à saúde, mas com foco na organização da economia de escala e de melhoria do desempenho dos profissionais. Entre as medidas, apesar do referido foco na reestruturação dos serviços hospitalares, remete-se à possibilidade da redução dos gastos por meio da Atenção Básica, considerando incentivo do aumento da produtividade dos profissionais de saúde. Neste caso, indica a implementação de políticas de remuneração com base no desempenho e qualidade da atenção com aumento da cobertura dos serviços e reforço na função *gate keeper* (filtragem) e no aumento do número de profissionais no nível da Atenção Médica, mas não por médicos:

Evidência anterior demonstra que **o Brasil poderia aumentar seu nível de cobertura pré-natal, com o mesmo nível de gastos, caso adote-se um processo de produção mais intensivo em profissionais de enfermagem do que em médicos.** Além disso, será importante promover a padronização da prática médica através da adoção de protocolos clínicos como forma de reduzir variação nos diagnósticos e tratamento (para facilitar o controle de custos e o aumento da eficácia dos tratamentos). (BANCO MUNDIAL, 2017, p. 118, grifo nosso)

É neste contexto, a partir da conjuntura de crise político-econômica de 2016 no Brasil, que uma série de contrarreformas vão ser aprovadas para reorganização da Atenção Básica. Em meio aos ataques e retrocessos para o direito universal à saúde, se deu o processo de revisão da PNAB a partir da discussão entre gestores no VII Fórum Nacional de Atenção Básica em 2016. Após divulgação de documento com a minuta da proposta de revisão da política pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT), em breve prazo para consulta pública, foi aprovada a 3ª PNAB, portaria nº 2.436/2017, sob o argumento de maior “autonomia” e “flexibilidade” dos gestores para organização da Atenção Básica, “adaptadas” às “realidades” locais. A demanda de flexibilização diz respeito, sobretudo, à configuração das equipes e retirada da indução e compromisso dos entes federados com a universalidade da cobertura e expansão dos serviços por meio da Saúde da Família (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

A nova PNAB não obriga a contratação do número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) suficientes para cobrir 100% da população adscrita às equipes (com exceção de áreas de risco e vulnerabilidade social e/ou grande dispersão territorial). Relativiza a cobertura,

recomendando o número total de usuários adscritos (2 mil a 3,5 mil pessoas) apenas para a modalidade de “Equipes de Saúde da Família”, mas sem definir precisamente o número de usuários adscritos às “Equipes de Atenção Básica”, ainda que estejam inseridos em um território determinado que está sob sua “responsabilidade sanitária” (BRASIL, 2017).

Fragiliza a vinculação do processo de trabalho das equipes ao território e a preservação da qualidade da atenção pelos profissionais que apresentarão sérias dificuldades em termos de desconhecimento do território-processo em que atuam, reduzindo sua compreensão e importância à dimensão administrativa em referência a distribuição de equipes e, genericamente, aos determinantes e condicionantes nas demandas e necessidades do território. Ademais, segmenta os tipos de cuidados entre padrões “essenciais” e “ampliado” a serem definidos de acordo com as “especificidades locais”, distinguindo formatos de prestação de serviços entre ações e procedimentos básicos, por um lado, e, por outro, ações e procedimentos “estratégicos” para o avanço e alcance de “acesso de qualidade” na Atenção Básica (BRASIL, 2017).

De acordo com Morosini, Fonseca e Lima (2018), estas recomendações remetem à configuração da Atenção Primária Seletiva, com oferta de cuidados mínimos focalizados em populações mais empobrecidas. Segundo as autoras, a proposta deve ser analisada no contexto da dramática redução do orçamento público para a saúde pela EC95, assim como nos ensejos do Ministério da Saúde em contar com a “parceria do setor privado” na oferta de serviços e na proposição de “Planos Populares de Saúde” subsidiados pelo fundo público, favorecendo a expansão do mercado da saúde para a Atenção Básica.

As autoras observam que outra estratégia de fragilização do modelo de atenção se relaciona à flexibilização da distribuição da carga horária e composição dos profissionais de saúde de acordo com os formatos da equipe: Saúde da Família ou tradicional (“equipe de Atenção Básica” (eAB), posteriormente renomeada para “equipe de Atenção Primária” (eAP) pela portaria nº 2.539/2019). Na primeira, mantém-se a carga horária completa de 40 horas semanais para todos os profissionais; já na segunda, flexibiliza a composição dos horários, estabelecendo no mínimo 10 horas para cada profissional na composição das 40 horas da equipe (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

De acordo com a portaria nº 2.539/2019, as equipes tradicionais eAP deverão ser compostas, **no mínimo, por médicos e enfermeiras (preferencialmente especialistas em Medicina de Família e Comunidade)**, sem restrições da presença do mesmo profissional de saúde em mais de uma de equipe (eAP ou eSF), podendo atender a dois tipos de modalidades, sob os respectivos incentivos financeiros:

Modalidade I: a carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 20 (vinte) horas semanais, com população adscrita correspondente a 50% (cinquenta por cento) da população adscrita para uma eSF; ou

Modalidade II: a carga horária mínima individual dos profissionais deverá ser de 30 (trinta) horas semanais, com população adscrita correspondente a 75% (setenta e cinco por cento) da população adscrita para uma eSF.

[...]

§ 1º Ficam definidos os seguintes valores do incentivo financeiro mensal para o custeio das eAP, segundo critérios estabelecidos pela Política Nacional de Atenção Básica:

I - Modalidade I: R\$ 3.565,00 (três mil, quinhentos e sessenta e cinco reais); ou

II - Modalidade 2: R\$ 5.347,00 (cinco mil, trezentos e quarenta e sete reais).

§ 2º Fica vedada a substituição de eSF por eAP, nos termos de norma a ser editada pela Secretaria de Atenção Primária à Saúde, sob pena de suspensão da transferência dos incentivos financeiros.

§ 3º Os recursos orçamentários de que trata esta Seção correrão por conta do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar a Funcional Programática 10.301.2015.219A - Piso de Atenção Básica em Saúde, no plano orçamentário PO - 0001 - Piso de Atenção Básica Variável." (NR)

Art. 4º O credenciamento para os incentivos de que trata esta Portaria e as respectivas transferências dos recursos ficam condicionados à disponibilidade orçamentária e financeira do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2019b)

O formato de equipes tradicionais sairá com “menores custos” para os gestores locais, possibilitando a contratação de médicos em menor carga horária, seguida de enfermeiros e técnicos de enfermagem com maiores jornadas de trabalho. Esta estratégia, por si só, já rompe com a organização do processo de trabalho e produção do cuidado com base no modelo de atenção em base territorial e comunitária, pois, além de dificultar a criação de vínculo, limita o trabalho ao atendimento individual em consultório, fundamentalmente em bases biomédicas.

Para a enfermagem, deve-se compreender que, em um cenário de restrição orçamentária para o financiamento da Atenção Básica, é fato que, nesta composição das equipes pelo gestor, o trabalho no território e promoção da saúde será dificultado e a assistência individual será priorizada, diante do aumento das complicações e adoecimento da população, incluindo as DCNT, além de fragilizar a criação do vínculo e coordenação do cuidado na prática concreta dos serviços. Ademais, sendo o número de profissionais insuficientes e o adoecimento da população mais provável, o processo de trabalho tende a girar em torno do “acolhimento” a demandas clínicas agudas. É preciso ter claro que, neste caso, além do retrocesso em termos do modelo de atenção à saúde, pode se ter prejuízos para o exercício profissional da enfermagem. Considerando o volume de atendimentos clínicos agudos que necessitam de intervenção médica, a proposta de realização do “acolhimento” com “classificação de risco”, aparece como uma “solução” para o serviço, mas como um retrocesso para a atuação profissional ao reduzir o atendimento da enfermeira à triagem de usuários para encaminhamento à consulta médica (presencial, por enquanto).

O reforço ao modelo de atenção voltado ao cuidado individualizado e biomédico é perceptível na nova PNAB tanto pela redução da própria concepção de Atenção Básica, de território e de vínculo, como pela incorporação de novas diretrizes introduzidas por meio da articulação de conceitos relacionados à organização das “Redes de Atenção à Saúde”, tal como “o cuidado centrado na pessoa”:

- **Cuidado Centrado na Pessoa:** aponta para o desenvolvimento de ações de cuidado de forma singularizada, que auxilie as pessoas a desenvolverem os conhecimentos, aptidões, competências e a confiança necessária para gerir e tomar decisões embasadas sobre sua própria saúde e seu cuidado de saúde de forma mais efetiva. O cuidado é construído com as pessoas, de acordo com suas necessidades e potencialidades na busca de uma vida independente e plena. A família, a comunidade e outras formas de coletividade são elementos relevantes, muitas vezes condicionantes ou determinantes na vida das pessoas e, por consequência, no cuidado. (BRASIL, 2017 p. 7)

As diretrizes de ordenação e coordenação do cuidado são introduzidas também desvinculadas dos modelos de atenção historicamente desenvolvidos pela Saúde Coletiva brasileira. É importante destacar o foco dado ao papel da Atenção Básica resolutive na Rede de Atenção à Saúde como ordenadora dos serviços:

Recomenda-se a articulação e implementação de processos que **auentem a capacidade clínica das equipes, que fortaleçam práticas de microrregulação nas Unidades Básicas de Saúde, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS**, que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros. **Um dos destaques que merecem ser feitos é a consideração e a incorporação, no processo de referenciamento, das ferramentas de telessaúde articulado às decisões clínicas e aos processos de regulação do acesso.** A utilização de protocolos de encaminhamento serve como ferramenta, ao mesmo tempo, de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência que modula a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores. **Com isso, espera-se que ocorra uma ampliação do cuidado clínico e da resolutividade na Atenção Básica, evitando a exposição das pessoas a consultas e/ou procedimentos desnecessários.** Além disso, com a organização do acesso, induz-se ao uso racional dos recursos em saúde, impede deslocamentos desnecessários e traz maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera. (BRASIL, 2017, p. 8, grifo nosso)

Questões como a “**otimização**” dos processos de trabalho e o do acesso a outros níveis de atenção, a “**avaliação de satisfação**” dos usuários (consumidores), o “acolhimento” (**triagem**) com **classificação de risco** e articulação com outros pontos da rede de atenção são introduzidas como elementos centrais para a reorganização do processo de trabalho das equipes. Em termos gerais, aprofunda-se a reestruturação produtiva no âmbito dos serviços da Atenção Básica, tanto por via da flexibilização (redução) do número de profissionais disponíveis e suficientes para cobrir a demanda do conjunto total da população adscrita territorialmente, como pela introdução de elementos que permitem a avaliação do desempenho com base nas propostas de melhoria da qualidade para os serviços.

Destaca-se, ainda, o surgimento da figura do “gerente da unidade básica”, como profissional externo à composição das equipes mínimas. Esse trabalhador estaria responsável pelo acompanhamento, orientação e monitoramento do processo de trabalho da equipe, “zelando pela implementação das políticas”, estratégias e programas de saúde, atuando na mediação de conflitos, controle de registros, “potencialização” da utilização dos recursos, criação de “ambiente” e “cultura” favorável ao trabalho em equipe, entre outras atribuições (BRASIL, 2017).

Nota-se ainda, o acréscimo de atribuições comuns para toda a equipe, assim como para os respectivos profissionais. Entre as principais atribuições incorporadas, encontram-se as atividades relacionadas às definições da Rede de Atenção à Saúde, tais como: gestão de filas de espera, regulação do acesso, participação nas definições e discussões de fluxos, protocolos e diretrizes clínicas. **Além da incorporação, para todos os profissionais, da genérica definição: “Exercer outras atribuições que sejam de responsabilidade na sua área de atuação”¹⁷⁰** (BRASIL, 2017).

Para as enfermeiras, além do usual maior engajamento e responsabilização na execução das atribuições comuns das equipes, observa-se o aumento global do número de atribuições e as seguintes mudanças nas responsabilidades específicas na nova PNAB: realização de **estratificação de risco e plano de cuidados para usuários portadores de DCNT**; realização ou supervisão de **acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco**; implementação e manutenção de **rotinas, protocolos e fluxos relacionados à sua área de competência na unidade de saúde**; e, por fim, o retorno da **supervisão dos ACS¹⁷¹** e técnicos e/ou auxiliares de enfermagem (BRASIL, 2017).

Em se tratando dos técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, retiram-se atribuições específicas que constavam nas definições anteriores das PNAB, tais como: realização de

¹⁷⁰ As atribuições de responsabilidade na área de atuação estará cada vez mais dependente das decisões dos conselhos de regulação profissional, tal como os Conselhos Regionais e Federal de Enfermagem. O que em parte poderia explicar o aumento das articulações destes órgãos com organizações de outras profissões e instituições responsáveis pelo planejamento da força de trabalho da enfermagem, nacional (gestores dos três entes federados) e internacional, tal como a OPAS/OMS.

¹⁷¹ A supervisão dos ACS, desde a aprovação da lei nº 11.350/2006 que rege a atuação deste profissional, é descrita como atribuição do gestor municipal. Ademais, a própria lei nº 7.498/1986, que rege o exercício profissional da enfermagem, explicita o exercício privativo e a responsabilidade de cada segmento da categoria a qual é composta por auxiliares, técnicas e enfermeiras. Assim, o entendimento de que os ACS são profissionais com funções e responsabilidades distintas da enfermagem já havia sido esclarecida e adequada na 2ª PNAB de 2011. No entanto, é plausível que se encontre novamente a demanda da responsabilização das enfermeiras pela supervisão dos ACS nesta PNAB nova, visto que houve atribuição de atividades privativas da categoria de enfermagem para os ACS, tais como realização de curativos, medicações, glicemia capilar atreladas a uma formação aligeirada à distância. Definição ainda não foi modificada na PNAB, apesar de pareceres técnicos e mobilização de ambas as categorias e do Conselho Nacional de Saúde contrários à determinação (ilegal).

atividades programadas e demandas espontâneas, conforme planejamento da equipe, ações de educação em saúde, participação do gerenciamento de insumos nas unidades (atividade realizada apenas pelas enfermeiras) e contribuição, participação e realização de atividades de educação permanente. **Para estes profissionais, é prevista a execução pura e simples de tarefas procedimentais e auxílio a médicos e enfermeiras** (vacinação, administração de medicamentos, curativos etc.) na unidade e/ou nos domicílios, reforçando a divisão social e técnica do trabalho da enfermagem: trabalho intelectual e manual (BRASIL, 2017).

São inúmeras as análises, pareceres e mobilizações contrários à aprovação da nova PNAB que, a toque de caixa, foi aprovada no cenário de ocupação dos representantes dos interesses dos mercados na saúde no governo federal. Nesse sentido, não se trata apenas de um retrocesso nos modelos de atenção à saúde brasileiros, mas de um avanço na homogeneização e alinhamento da Atenção Primária com base nas experiências e pautas dos países do capitalismo central. Ademais, é necessário perceber o emprego de concepções e práticas que fortalecem o foco no cuidado individualizado e biomédico, forjadas nas discussões e projetos da Medicina de Família e Comunidade no cenário internacional. Entretanto, estes movimentos não podem ser desvinculados da linha condutora da expansão do capital para a saúde e, mais especificamente, para a Atenção Primária, qual seja, por meio do reforço à prática liberal médica articulada à financeirização das políticas de saúde.

No contexto brasileiro, outros movimentos agregam-se ao retrocesso da nova PNAB em 2017, atestando o projeto privatista por meio de um conjunto de contrarreformas estabelecidas em sequência para reorganização da Atenção Básica. Segundo Morosini, Fonseca e Baptista (2020, p. 2):

A partir de 2019 a reconfiguração do SUS pela atenção básica foi intensificada por meio de um conjunto de medidas que evidenciam a constituição de uma nova política, mais ampla do que as alterações introduzidas pela PNAB. Compõe-se de mudanças que abrangem nomenclatura, reestruturação organizacional e produção de instrumentos normativos.

De acordo com as autoras, a reconfiguração da Atenção Básica se dá em três eixos: financiamento (“Programa Previne Brasil” – Portaria nº 2.972/2019), regulação (“Programa Médicos pelo Brasil” e “Agência para Desenvolvimento da Atenção Primária” (ADAPS) - Lei nº 13.958/2019) e prestação de serviços (“Carteira de Serviços para a Atenção Primária à Saúde” (CaSAPS))¹⁷². Estas medidas aprofundam radicalmente a reorganização da Atenção

¹⁷² Entre as consequências destas portarias, encontram-se: o fim do financiamento universal (PAB fixo) para a Atenção Básica e a indução da focalização da assistência a populações mais vulneráveis, fomento ao pagamento por desempenho com base em indicadores clínicos mínimos restritos; criação de uma agência de direito privado para gestão e captação de fundos para ações no âmbito da Atenção Básica (desde a prestação de serviços até consultoria, qualificação, incorporação de tecnologias, entre outras), como uma empresa, é constituído por “Conselho Administrativo” composta em sua maior parte por representações médicas; além disso, os critérios de

Básica, as quais de forma combinada convergem para a ampliação das formas de mercantilização da saúde, em sintonia com a abertura ao capital estrangeiro no Brasil (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020).

Aliados à aprovação da EC 95/2016, o conjunto de contrarreformas no âmbito da Atenção Básica mostra-se um verdadeiro projeto de exploração e dominação, por parte da categoria médica aliada ao capital financeiro, dos recursos do fundo público e da força de trabalho em saúde. Cabe chamar atenção para a lógica subjacente às propostas da reorganização da Atenção Básica, que, baseada em um processo de acumulação financeirizado, garante lucros e rendimentos para seus investidores a partir do aumento radical da intensidade da exploração de uma força de trabalho que, no âmbito da saúde, é predominantemente feminina, como a da enfermagem.

Nestes termos, é possível pensar os seguintes desdobramentos para o trabalho no setor: por meio da criação do Previn Brasil, tem-se o desfinanciamento da Atenção Básica e a indução do modelo de atenção gerenciada e da organização do processo de trabalho voltado à produção de indicadores restritos a condições clínicas mínimas. Considerando o vínculo fragilizado e o número reduzido de trabalhadores para um contingente elevado da população demandando assistência, o gerenciamento do trabalho tende a se realizar por meio do controle despótico dos atos e dos tempos e pelo assédio moral (*management by stress*), balizados pelo uso de ferramentas de “microgestão”, tais como a avaliação de desempenho dos trabalhadores e da “qualidade” (total) dos serviços pautadas, fundamentalmente, pela gestão da clínica individual e produção de resultados de saúde (dificilmente alcançáveis no cenário da precarização do trabalho e da vida dos usuários).

A ADAPS, como uma agência de direito privado que capta e centraliza fundos públicos e privados para gestão da oferta de serviços no âmbito da Atenção Básica, tende a atuar no *modus operandi* de uma empresa financeirizada, a partir do modelo de atenção gerenciada. Nesse sentido, reduz seus custos e amplia o retorno de seus investimentos, utilizando-se da contratação terceirizada (*pejotização*) de profissionais com capacidade de produzir mais ações /intervenções (previstas na carteira de serviços) em menos tempo, com melhores “resultados em saúde” (referente a indicadores de saúde restrito a condições clínicas elementares) e mais “qualidade” (relacionada à satisfação do cliente-consumidor, segurança do paciente e aos parâmetros da gestão clínica). Por fim, a carteira de serviços, CaSAPS, padroniza as intervenções/ações (de escopo reduzido e biomédico) a serem produzidas pelas

equipes, viabilizando a medição e a precificação dos produtos oferecidos pela empresa médica da ADAPS.

Assim, o processo de trabalho na Atenção Básica vai sendo simplificado, compatível com o processo produtivo capitalista do serviço de saúde e passível de adaptação para força de trabalho “menos qualificada” e, portanto, com menor remuneração que a médica. É preciso muita atenção ao papel que a enfermagem irá desempenhar nesta nova engrenagem de produção de lucros por meio dos serviços da Atenção Básica. Está em processo uma profunda reestruturação produtiva que, ao buscar atender aos interesses de expansão e concorrência do capital no setor serviços de saúde, revoluciona as condições do processo produtivo do cuidado, incorporando cada vez mais meios de produção (capital morto, maquinaria: TIC) e menos força de trabalho, permitindo a redução dos custos das mercadorias saúde e a ampliação das vantagens concorrenciais das empresas que oferecem serviços.

Dessa forma, a finalidade da ampliação do escopo de práticas da enfermeira que, ao manter os técnicos/auxiliares de enfermagem na execução massificada de procedimentos simples, se volta à assistência clínica individual simplificada por protocolos clínicos, em substituição à força de trabalho médica, subsumindo o trabalho do cuidado da enfermagem ao método clínico da Medicina de Família e Comunidade, atualmente representado em sua forma mais cabal no “Cuidado” ou “Atenção Centrada na Pessoa”. Por essa perspectiva, o processo produtivo da saúde descola-se da produção de “valor de uso” (atenção às necessidades de saúde da população), diante de uma rotina plasmada no elevado número de atendimentos de demanda espontânea em consultas clínicas individuais, sejam elas mais ou menos personalizadas, em detrimento de qualquer ação de promoção e prevenção da saúde territorializada e atuando na dimensão coletiva da produção social da saúde.

Diante do agravamento da crise estrutural do capital, a determinação social da saúde gera quadros mais graves e agudos de adoecimento dos indivíduos, famílias e grupos sociais. Ao se restringir a assistência ao plano fenomenológico dos sintomas e condições clínicas individuais, a prática assistencial clínica individualizada não é suficiente para enfrentar a gravidade dos problemas e necessidades de saúde que se desenvolvem a partir da precarização das condições de saúde, trabalho e vida (rebaixamento das condições de reprodução social), sobretudo, em um país periférico como o Brasil.

No âmbito internacional, observa-se a disputa entre concepções de Atenção Primária a partir da diferença entre os termos *Primary Health Care* e *Primary Care* em que se busca reforçar a abordagem abrangente e integral na primeira. Na segunda, designa-se uma atenção focalizada e outra seletiva, mesmo que ambas estejam organizadas com base no modelo

biomédico de atenção e centradas na figura do médico como porta de entrada do sistema. A Atenção Primária, nos moldes da Declaração de Alma-Ata, de 1979, alinha-se à perspectiva de indissociabilidade da saúde ao desenvolvimento econômico-social, expressando o ideário da integralidade e do direito universal com base na concepção ampliada de saúde (GIOVANELLA, 2018; GIOVANELLA et al., 2019a).

Ainda que nos anos subseqüentes à Alma-Ata diversas estratégias de redução da Atenção Primária à abordagem seletiva e focalizada para grupos específicos, como o materno-infantil ou populações empobrecidas, muitos governos da América Latina assumiram processos de expansão da Atenção Primária sob os princípios da referida declaração (BAHIA; SCHEFFER, 2018; GIOVANELLA et al., 2019a).

No Brasil, o uso do termo Atenção Básica reflete a resistência e a busca do movimento da Reforma Sanitária Brasileira e Saúde Coletiva em se contrapor à abordagem da Atenção Primária como estratégia de focalização e seletividade da atenção. Seguindo a abordagem abrangente e integral de Atenção Primária, a Atenção Básica, como parte estruturante do SUS, foi se desenvolvendo com base nas seguintes características: primeiro contato da rede de atenção; acesso universal à saúde; indissociabilidade de desenvolvimento social-saúde (com reconhecimento da produção social da saúde) e participação social (GIOVANELLA, 2018).

Com todas as dificuldades impostas, o SUS resistiu e conquistou avanços e grandes impactos na melhoria da situação da saúde, sendo a Atenção Básica um dos principais motores de aumento do acesso ao direito à saúde pela população brasileira. Ao longo dos 30 anos de desenvolvimento da Atenção Básica, a Saúde da Família pode ser considerada a estratégia que permitiu a consolidação do SUS, expandindo a cobertura de serviços para a população brasileira e trazendo resultados efetivos na diminuição da mortalidade infantil e internação por causas sensíveis à Atenção Primária, através do modelo de organização do trabalho multiprofissional, foco nas necessidades sociais de saúde, atenção territorializada e equipe multiprofissional (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018; NEDEL et al., 2010).

Para entender a racionalidade do processo de trabalho na Atenção Básica, destacamos modelos de atenção¹⁷³ que conformam os saberes e instrumentos relacionados à compreensão do objeto, meios e finalidades do trabalho, assentados nas bases da promoção da saúde e da

¹⁷³ Partimos da compreensão do modelo de atenção como forma de organização do processo de produção/prestação de serviços de saúde, isto é, a racionalidade empregada nas definições (conteúdo) das ações (meios, instrumentos, tecnologias) desenvolvidas pelas equipes (PAIM, 2008).

integralidade¹⁷⁴, conforme pressupostos da Saúde Coletiva e Reforma Sanitária Brasileira. Buscando superar a histórica divisão entre a assistência médica individual do modelo previdenciário privatista e a ação campanhista e programática do modelo sanitário de saúde pública, as propostas da Saúde Coletiva para a Atenção Básica partiram das potencialidades da atuação territorializada do PSF/PACS, ressignificando este formato por meio da incorporação dos princípios do SUS e da abordagem abrangente e integral da Atenção Primária, conciliando o atendimento à demanda e às necessidades da saúde, de acordo com o contexto social (PAIM, 2008).

Dessa maneira, atende as necessidades de saúde através de atendimento às demandas individuais e ações programáticas que, com base na análise da situação de saúde do território e diagnóstico comunitário, realiza a programação da oferta dos serviços conforme planejamento de saúde pactuado e estabelecido localmente por usuários e profissionais de saúde em sintonia com as prioridades do sistema de saúde. A adscrição da população em um território determinado e a atenção territorializada favorecem a abordagem comunitária e a competência cultural das equipes, fortalecendo o vínculo, a coordenação do cuidado e o acompanhamento longitudinal das pessoas. Ademais, é parte essencial o monitoramento e ações relacionadas ao contexto local de vida à situação de saúde dos indivíduos, famílias e comunidades sob responsabilidade sanitária das equipes, para enfrentamento da determinação social da saúde e organização do processo de trabalho. Assim,

[...] a unidade de saúde, organizada de acordo com o princípio da integralidade, articularia o conjunto das ações de saúde (promoção, proteção, recuperação e reabilitação) sobre indivíduos e sobre o ambiente, visando ao controle de agravos, à proteção de grupos vulneráveis ou expostos a riscos e à promoção da saúde. A organização interna das unidades e dos processos de trabalho, assim como as normas, as rotinas e os protocolos assistenciais elaborados, deveriam dar conta não só da atenção médica individual, mas também das ações coletivas a serem adotadas para cada situação diagnosticada. Os profissionais da unidade de saúde teriam conhecimento dessas ações, se foram ou não realizadas não só em 'seus' pacientes, mas as executadas na 'sua' unidade para a população do 'seu' território. Para isso, haveria mecanismos coletivos de avaliação das unidades e dos profissionais de saúde, além do acompanhamento do perfil epidemiológico da comunidade vinculada àquele estabelecimento de saúde. Portanto, no caso da oferta organizada, epidemiologicamente orientada, tem-se uma atenção setorial e predominantemente intramural, ou seja, no interior dos estabelecimentos de saúde. (PAIM, 2003 apud PAIM, 2008 p. 563)

¹⁷⁴ Segundo Giovanella (2002 apud PAIM, 2008, p. 552), a integralidade como uma questão central para o modelo de atenção à saúde, conforme pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira, envolve quatro perspectivas: “1) integração das ações de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde, compondo níveis de prevenção primária, secundária e terciária; 2) como forma de atuação profissional, abrangendo as dimensões biológica, psicológica e social; 3) garantia da continuidade da atenção nos distintos níveis de complexidade do sistema de serviços de saúde; 4) como articulação de um conjunto de políticas públicas **vinculadas a uma totalidade de projetos de mudanças (Reforma Urbana, Reforma Agrária etc.) que incidissem sobre as condições de vida, determinantes da saúde e dos riscos de adoecimento, mediante ação intersetorial.**”

As propostas de construção de distritos sanitários dialogam com a perspectiva de organização dos serviços e estabelecimentos em uma rede estruturada e integrada com desenvolvimento de modelo de atenção em base epidemiológica para uma população bem definida, um território-processo, uma rede de serviços de saúde, recursos e equipamentos comunitários, considerando a integralidade, intersetorialidade, participação comunitária e impacto epidemiológico. Desta maneira, conforma-se um modelo de atenção para práticas de saúde no processo de trabalho articulado às demais práticas sociais nas dimensões econômica, política e ideológica, intersetorial, denominado Vigilância da Saúde, agregando-se ao acolhimento como eixo de atenção à demanda espontânea para a produção do cuidado¹⁷⁵. (Quadro 39)

Quadro 39 – A Vigilância da Saúde como modelo de atenção na Saúde Coletiva: concepções, práticas do processo de trabalho e a Saúde da Família

Concepções estruturantes	Ações/Práticas de saúde	Operacionalização	Saúde da Família
<ul style="list-style-type: none"> - Problemas de saúde (concepção ampliada de saúde e necessidades) - Respostas sociais - Correspondência entre níveis de determinação e níveis de intervenção (controle de causas, riscos e de danos) - Práticas sanitárias (promoção, proteção e assistência) - Políticas públicas saudáveis (promoção da saúde como eixo central da ação intersetorial para melhoria das condições de vida e saúde) 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenção sobre problemas de saúde (danos, riscos e/ou determinantes) - Ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos - Utilização do conceito epidemiológico de risco - Articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas - Atuação intersetorial - Ações sobre o território - Intervenção sob a forma de operações 	<ul style="list-style-type: none"> - Análise de situações de saúde, com ênfase no monitoramento da situação de saúde mediante procedimentos de análise, cálculo, interpretação e recomendações – “inteligência epidemiológica” - Integração institucional entre áreas da vigilância epidemiológica, sanitária, saúde ambiental, ocupacional e laboratórios de saúde pública 	<ul style="list-style-type: none"> - Viabilização da integração e organização das atividades em um território definido - Prática de alta complexidade tecnológica no campo do conhecimento e no desenvolvimento de habilidades, mudança de práticas - Articulação de ações de educação em saúde, vigilâncias, assistência a grupos prioritários e reorganização da atenção à demanda espontânea - Oferta de serviços e ações organizadas - Acolhimento, com valores de humanização, solidariedade e de cidadania como eixo do atendimento clínico individual à demanda espontânea - Equipe multiprofissional com atividades derivadas das necessidades sociais e de saúde da população - Atividades de comunicação e educação em saúde com promoção da cidadania, participação comunitária e ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida

Fonte: Adaptado de Paim (2008)

¹⁷⁵ Sob esta perspectiva, conforme Ayres (apud PAIM, 2008, p. 570, grifo nosso): “[...] para a construção do Cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistências e a partir deles, é debruçar-se uma vez mais e cada vez mais, sobre **as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente postos a projetos de felicidade humana e, de forma articula, da disposição socialmente dada das tecnologias e serviços disponíveis para a sua superação.** Nesse sentido julga-se de fundamental relevância, na produção sobre o Cuidado, a articulação de iniciativas teóricas e práticas que vinculem os cuidados individuais a aproximações de corte sócio-sanitário.”

Cabe, ainda, destacar o aprofundamento das concepções empregadas no processo de trabalho na Atenção Básica, no âmbito da Saúde Coletiva e Reforma Sanitária Brasileira, tal como o movimento em “Defesa da Vida” e a Teoria Paideia, que marcam profundamente o processo de trabalho na Atenção Básica e Saúde da Família. Além de considerar os aspectos organizacionais do trabalho na Atenção Básica, vinculados à abordagem com base no território, aprofundam a discussão relacionada à subjetividade e relações intersubjetivas na perspectiva micropolítica da produção do cuidado.

Nesse sentido, estas teorias agregam ao modelo de atenção valores relacionados à incorporação ou “agenciamento” dos sujeitos na produção de mudanças para melhoria das condições de vida e saúde. Isto é, trabalham com diretrizes que possibilitam a viabilização da gestão democrática no âmbito dos serviços de saúde, acolhimento humanizado dos usuários, fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde e usuários e corresponsabilização e coprodução do cuidado no processo de trabalho (Quadro 40). Desta forma, valorizam a dimensão subjetiva na produção de sujeitos, emancipação social e lutas coletivas pelo direito à saúde. (CAMPOS, 2006; CARVALHO, 2007).

Quadro 40 – Processo de trabalho em saúde pelo Método Paideia da Clínica Ampliada da Saúde Coletiva

Objeto	Meios de intervenção	Finalidades (Objetivo ampliado)	Resultados
Sujeitos (indivíduos, famílias e comunidades) com problemas de saúde	<p>- Meios de diagnóstico que abordem conjuntamente a:</p> <p>“objetividade” clínica e epidemiológica através da avaliação de riscos biológicos com uso de protocolos e diretrizes baseados em evidências; e “singularidade” da história de vida dos sujeitos, grupos e coletividades:</p> <p>através da avaliação da vulnerabilidade a partir da escuta ativa e análise dos riscos comportamentos subjetivos, culturais e do contexto socioeconômico</p> <p>- “Espaços de cogestão” consultas individuais, grupos, atendimento domiciliar, entre outras atividades que permitam a construção dialógica da história do caso atendido e facilitem a relação longitudinal, horizontal no tempo, entre usuários e profissionais</p> <p>- “Projetos Terapêuticos Singulares” que permitam a identificação de riscos, fatores protetivos, objetos de investimento, redes de apoio nos diagnósticos e construção compartilhada de intervenções, valorizando a dimensão afetiva na relação entre usuários e equipes</p> <p>- “Apoio Paideia”: utilização de “espaços coletivos” para realização de uma “cogestão do trabalho clínico” entre usuários e profissionais e profissionais e gestão, utilizando de ações de educação e comunicação e ampliação da autonomia dos sujeitos: usuário analisa e constrói compartilhadamente o “agir terapêutico”. Busca refletir e fortalecer a capacidade de elaborar compromissos, contratos e viver em redes.</p>	<p>Produção da saúde:</p> <p>- Alcance de melhores “graus relativos” de saúde (saúde concebida como bem-estar físico, mental e social, mas relativizada em graus ou coeficientes de acordo com o estado de cada pessoa ou cada agrupamento populacional)</p> <p>- “Coprodução de autonomia” (autonomia entendida como capacidade da pessoa e coletividade em lidar com suas dependências, formando compromissos e contratos com os valores, desejos e interesses de outros sujeitos, construídos a partir de um processo gradual)</p>	<p>Avaliação* segundo quatro planos:</p> <p>- Eficácia: capacidade do trabalhador produzir saúde e bem-estar;</p> <p>- “Coconstrução da autonomia”: capacidade de expressar desejos e interesses e compor contratos ou redes com outros;</p> <p>- Produção do menor dano possível: provocar mínimo de iatrogenia e efeito colateral possível;</p> <p>- Eficiência: cada projeto e procedimento sanitário necessita ser executado com o menor custo possível.</p> <p>*A análise dos resultados e o julgamento** avaliativo devem resultar da interação dos quatro planos, da sua comparação.</p> <p>** Julgamento dos projetos individuais e coletivos elaborados de maneira dialógica e compartilhada da avaliação e da tomada de decisão corretiva de rumos***</p> <p>*** Necessários modelos de gestão democráticos:</p> <p>- Organização do trabalho que facilite a construção de vínculo, relação horizontal no tempo e clara definição de responsabilidade clínica ou sanitária entre trabalhadores e usuários.</p> <p>- Democratização das organizações de saúde: possibilitando o compartilhamento da gestão em todas as suas etapas.</p>
<p>Organização do trabalho:</p> <p>- Equipes de referência interdisciplinares com adscrição dos usuários e valorização do vínculo e horizontalização do atendimento.</p> <p>- Apoio matricial (retaguarda especializada) para equipes de referência. Duas dimensões de apoio matricial: suporte assistencial e pedagógico para construção de diretrizes clínicas e sanitárias e de critérios para acionar apoio entre as diferentes equipes e níveis de atenção.</p> <p>- Espaços coletivos internos às equipes de saúde para avaliação de riscos e da vulnerabilidade dos casos com elaboração do Projeto Terapêutico Singular e construção de consenso sobre diretrizes e protocolos.</p> <p>- Conselhos de gestão que articulem direção com rede de serviços e representação de usuários.</p> <p>- Estratégias de ampliação do poder do usuário no cotidiano dos serviços de saúde, valorizar e possibilitar a presença de acompanhantes sempre que possível e necessário e assegurar acesso à informação sobre a organização dos serviços e do trabalho, além de considerar a capacidade de autocuidado como indicador de eficácia da atenção.</p>			

Fonte: Adaptado de Campos (2006)

A importância das concepções da Saúde Coletiva e Reforma Sanitária nas definições do processo de trabalho na Atenção Básica é inegável, sendo incorporadas tanto na formação da força de trabalho como nas políticas e diretrizes normativas que orientam a implementação das redes de atenção e organização do processo de trabalho. Isso, por si só, já é um grande ganho da resistência do movimento sanitário brasileiro para a população, considerando seus resultados nos impactos na melhoria do acesso e de indicadores de saúde após a expansão da Saúde da Família nestes moldes. Contudo, como visto anteriormente, o ideário e estratégias com base em experiências internacionais foram sendo incorporados nos documentos normativos e adaptados às práticas dos profissionais, mediados por influências dos organismos e agências internacionais. Parece ser o caso da “gestão do cuidado”, com concepções próximas da “gestão clínica”.

Segundo Melo e Mattos (2018), mais do que um detalhe de tradução, a gestão do cuidado se apresenta, no cenário brasileiro, com singularidades que dialogam, em alguma medida, com o pensamento e conceitos da Saúde Coletiva e sua perspectiva de enfrentamento dos problemas de saúde. De acordo com Cecílio (2011 apud MELO; MATTOS, 2018, p. 97), a gestão do cuidado é assim compreendida: “[...] como provimento ou disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos da sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz.”

Ao incorporar como princípio do processo de trabalho o atendimento às necessidades singulares, “centradas nos indivíduos”, em contraposição a um modelo “centrado em procedimentos” e valores como autonomia, bem-estar, segurança e felicidade, busca ir além da dimensão clínica, indo em direção à compreensão de determinantes que afetam negativamente o processo saúde-doença, a autonomia e a possibilidade de uma “vida feliz” pelos usuários. Trata da gestão do cuidado (“cuidado de si”) em diferentes dimensões, desde âmbito individual, familiar, profissional, organizacional até o âmbito social e sistêmico, reconhecendo a responsabilidade pelo cuidado por diferentes atores, como um processo de “agenciamento” não apenas dos indivíduos, mas de saberes, recursos e processos fundamentais para a produção de cuidado no processo de trabalho das equipes. (CECÍLIO, 2009 apud MELO; MATTOS, 2018). O entendimento do cuidado em saúde não é restrito a um valor, mas sim como uma prática social encarnada no processo de trabalho da Atenção Básica, como forma de conceber arranjos e práticas de saúde no encontro entre usuários e profissionais, sem, contudo, restringir o cuidado em saúde a este espaço técnico dos serviços de saúde (Quadro 41).

A gestão do cuidado agrega elementos, sobretudo da clínica ampliada, e, sem desvalorizar a dimensão coletiva dos problemas de saúde e da determinação social na compreensão do processo saúde-doença, constitui-se como o principal modelo de atenção de referência atualmente para os processos de trabalho das equipes na Atenção Básica. Entretanto, pelo seu caráter abrangente e abordagem integral das dimensões do modo de vida dos usuários atendidos, “sofre” diversas distorções e constrangimentos para sua realização concreta nas unidades de saúde, frente ao modo de gerenciamento do trabalho e organização dos serviços que, ao contrário, pautam-se principalmente pelo produtivismo e pela pressão de demanda de casos clínicos agudos, frente às demandas da gestão e à ausência de quantitativo de profissionais suficientes para atender os usuários na perspectiva da integralidade.

Podemos facilmente visualizar que diferentes contextos dos profissionais, dos usuários e das relações nas práticas de cuidado, sendo por isso mesmo um lugar de tensões. A gestão do cuidado na Atenção Básica opera sobre tais tensões, e de certo modo por meio delas, pois os desalojamentos e deslocamentos na equipe são fundamentais para os processos de mudanças das práticas de cuidado. **Não nos parece possível, portanto, determinar inequivocamente os rumos das mudanças nas práticas do cuidado exclusivamente de fora, independente da cena do cuidado, nem implantar metodologias e ferramentas de controle absoluto dessas práticas, pois significaria matar o cuidado entendido como relações em processo, constitutivamente intersubjetivas.** (MELO; MATTOS, 2018, p. 105, grifo nosso)

Considerando estas perspectivas do modelo de atenção da Saúde Coletiva, a complexidade do objeto de trabalho na Atenção Básica aponta para a conformação de um processo de trabalho comum, interdisciplinar. Isto é, um trabalho coletivo com cuidado compartilhado por diferentes saberes profissionais, assim como diversas ações individuais e coletivas, em perspectiva intersetorial e com o planejamento participativo, incentivando a participação popular (GIOVANELLA, 2018; SPERLING, 2017).

Desta forma, o processo de trabalho dos profissionais nas equipes de Saúde da Família tem como objeto central o cuidado relativo às necessidades de saúde individual, familiar e comunitária, visando atender a integralidade do processo saúde-doença através de ações que vão da promoção e prevenção à reabilitação, integrando com equilíbrio o cuidado clínico ampliado e matriciamento para atenção às condições de saúde, sem perder foco da concepção ampliada de saúde e sua relação com o território-processo (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018).

Quadro 41 – Processo de trabalho em saúde pela perspectiva da Gestão do Cuidado

Objeto	Meios (modos e práticas de cuidado)	Finalidades	Saúde da Família / Atenção Básica
Sujeitos em situação de Doença	Método clínico para diagnóstico e estabelecimento de terapêuticas, considerando a singularidade, a autonomia dos indivíduos e a integralidade do cuidado.	Cuidado em saúde por meio de agenciamentos de recursos, saberes, sujeitos e processos para a produção de vidas mais felizes	- Acolhimento à demanda espontânea - Cuidado continuado - Atuação sobre os problemas em sua dimensão coletiva
Sujeitos em situação de Risco	Método epidemiológico para análise e avaliação dos riscos de adoecimento, considerando a singularidade da sua aplicação.		Dispositivos úteis na gestão do cuidado: - Equipe multiprofissional
Sujeitos em situação de Adoecimento/ sofrimento	Escuta ativa e criação de vínculo no atendimento das demandas das pessoas, considerando suas diversas dimensões, para além das doenças, suas necessidades singulares de acordo com os processos de vivências subjetivas do sofrimento, experiências de vida que configuram o modo singular de viver e reagir. Utiliza-se de recursos tais como tempo e escuta , e outras ferramentas como a narrativa de vida, familiograma (abordagem familiar) e mapeamento das redes significativas (redes de apoio pessoais, sociais, formais, informais que, ao conferirem vínculo positivo pelos usuários, são reconhecidas e acionadas para a gestão do seu cuidado.		- Reflexão coletiva e construção compartilhada do cuidado por meio da Educação Permanente e Reunião de Equipe. - Apoio matricial pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) potencializando a integralidade através de articulações e pontes entre atores e serviços, assim como redes sociais e intersetoriais; discussão de casos e pactuação de fluxos. - Prontuário e Registros eletrônicos com base no processo de cuidado e ferramentas de apoio à gestão do cuidado.
Sujeitos em situação de Potência de vida	Trabalho afetivo de “encontro” entre usuários e profissionais que mobilizam afetos, valorizam e reforçam a capacidade de viver e produzir novos sentidos para a vida individual e coletiva, desenvolvida como “potência terapêutica” dos profissionais. A “vontade de viver”, de reconstruir possibilidades e os movimentos são recursos e finalidades para uma vida feliz e saudável. Atua-se no campo da redução de danos, reabilitação e atendimento a populações vulneráveis.		- Diretrizes e protocolos de atenção discutidos com os profissionais. - Identificação e acompanhamento de casos complexos por meio da construção de Projetos Terapêuticos Singulares e apoio do NASF. - Avaliação processual das práticas, escolhas e priorização de indicadores e metas conforme necessidades locais.
Aspectos centrais para o modo de cuidar na Atenção Básica:			
<ul style="list-style-type: none"> - Sentido da gestão do cuidado envolve uso técnico adequado do conhecimento das doenças, de suas formas de diagnósticos e das técnicas terapêuticas, adequadas à lógica da epidemiologia, protocolos, diretrizes clínicas, medicina baseada em evidências, mas, sobretudo, considerando os sofrimentos, a subjetividade, o contexto e os modos de vida de cada usuário. - Manuseio dos conhecimentos sobre riscos e estilos de vida, sem desatentar para efeitos negativos que estas intervenções podem causar aos usuários. - Imperativo ético de reconhecimento e valorização das demandas e sofrimento trazidos pelos usuários, sem se descuidar da compreensão da complexa produção social das necessidades de saúde e de sentidos na vida dos usuários. - Reflexão contínua da capacidade da Atenção Básica contribuir para gestão do cuidado de cada um consigo de modo autônomo e não isolado, assim como para uma vida produtiva e feliz. - Consideração sobre os riscos de omissão e negligência por parte de diferentes atores envolvidos na gestão do cuidado, assim como sobre os riscos do excesso de intervenções de cuidado em nome da saúde. 			

Fonte: Adaptado de Melo e Mattos (2018)

Diante da complexidade do processo de trabalho na Atenção Básica, é preciso que se reconheça as dificuldades de viabilizá-lo em um cenário de agravamento das condições de vida e saúde da população e precarização do trabalho dos profissionais de saúde. Para a enfermagem, esta dificuldade é mais premente tanto pela desvalorização do trabalho de cuidado e do reforço ao modelo biomédico como pela utilização intensiva da sua força de trabalho nos serviços para execução de atividades burocráticas, procedimentos e intervenções no cenário brasileiro. Entretanto, é uma das categorias mais engajadas em práticas de produção do cuidado sob a perspectiva da Saúde Coletiva (Quadro 42), notável também na incorporação dos conceitos nas teorias e ferramentas do processo de trabalho específico das enfermeiras.

Cabe destacar a importância deste ideário no desenvolvimento profissional da enfermeira para o trabalho em equipe interprofissional na Atenção Básica, sem, contudo, representar mudanças significativas para a atuação dos técnicos/auxiliares de enfermagem¹⁷⁶ que permanecem executando tarefas parcelares procedimentais. Nesse sentido, observa-se um avanço nas relações do processo de trabalho interdisciplinar da enfermeira, coordenando cuidado junto a profissionais de outras categorias, no entanto, mantendo o formato de organização do trabalho da enfermagem em um modelo funcional e/ou integral com as divisões técnica e social do trabalho entre enfermeiras e técnicos/auxiliares de enfermagem (PEDUZZI; SILVA; LIMA, 2013).

Por outro lado, David et al. (2018) apontam que, diante da falta de definição clara do núcleo de saber específico das enfermeiras nas leis que regulam o exercício profissional, seu processo de trabalho é o que mais se vincula ao trabalho dos demais membros da equipe,

¹⁷⁶ A historicidade do processo de formação e inserção dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem no mercado de trabalho da saúde brasileira é discutida na tese de Júlio César França de Lima, intitulada "Política de Saúde e Formação Profissional dos Trabalhadores Técnicos de Enfermagem". Cabe destacar que a situação dos auxiliares e técnicos de enfermagem, conforme a análise do autor, esteve não apenas influenciada pela teoria do "capital humano" e pelo modelo biomédico de atenção curativo-hospitalocêntrico, mas pela luta de classes, com a contraditória inserção da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) na pauta de manutenção de dois níveis de qualificação na categoria, e, sobretudo, pelas demandas de expansão do mercado de trabalho e da burguesia nacional da saúde, indicando um aumento progressivo e permanente da qualificação dos profissionais de enfermagem (transformação dos atendentes de enfermagem em auxiliares e auxiliares em técnicos, por um lado; e aumento de competências "avançadas" para a enfermeira, por outro). Entretanto, esse processo não foi acompanhado pela superação da divisão técnica e social do trabalho no interior da categoria, quicá do aumento da sua remuneração conforme avanço da qualificação no contexto concreto de inserção no mercado de trabalho (LIMA, 2010). A posição da ABEn tem relação, entre outras questões da conjuntura política e econômica do período, com a perspectiva ideológica voltada à melhoria do "status social" da profissão em um processo de progressão "natural" da formação e ascensão na escala social dentro da categoria, sem considerar o poder médico e a relação da sua prática com a estrutura social, apartada da lógica própria do modo de produção capitalista. Isto é a manutenção das condições estruturais de rebaixamento do valor do conjunto da força de trabalho a partir das divisões social e técnica do trabalho (LIMA, 2010).

assim como às demandas da gestão e dos usuários. Neste sentido, é reconhecida pela posição de referência na mediação de diversas demandas e conflitos entre estes atores, por um lado; e por outro, pela polivalência e “flexibilidade” de atribuições, sendo frequentemente convocada a mitigar prejuízos no andamento dos serviços, diante da ausência de outros profissionais, tal como médicos e os próprios técnicos/auxiliares de enfermagem. Nos estudos de Galavote et al. (2016) e Bonfim et al. (2016), com base nos dados nacionais coletados pelo PMAQ, identifica-se maior carga de trabalho da enfermagem direcionada a: 1) dos técnicos/auxiliares de enfermagem, predomínio dos procedimentos de enfermagem; e 2) das enfermeiras, para as atividades clínicas e burocrático-administrativas relativas à organização do serviço, planejamento e controle do trabalho da equipe.

Em se tratando dos técnicos/auxiliares de enfermagem, de acordo com o Relatório Final de pesquisa realizada pelo Observatório dos Técnicos de Saúde da Rede de Recursos Humanos em Saúde do Ministério da Saúde no período de 2015 – 2017 (EPSJV-FIOCRUZ, 2017), o processo de trabalho destes profissionais encontra-se dividido em grandes áreas para realização de procedimentos tais como: sala de vacinação, procedimentos, curativos, medicação. Essas atividades limitam a maior parte do seu tempo de trabalho ao interior da unidade, com pouca interação com a família e a comunidade. O saber do técnico de enfermagem está vinculado mais expressivamente ao conhecimento científico-biomédico, o qual fundamenta sua atuação nos procedimentos de enfermagem (EPSJV-FIOCRUZ, 2017).

Cardoso et al. (2012) apontam que a organização fragmentada no cotidiano do trabalho e a estrutura física nas unidades de saúde não permitem a reflexão e a discussão sobre as necessidades e a produção social da saúde pelos técnicos de enfermagem. Sua atuação não avança para além da recuperação dos corpos adoecidos, não favorecendo o acolhimento dos usuários em sua integralidade.

Em relação à assistência das enfermeiras, nas pesquisas de David et al. (2009); Ferraccioli e Acioli (2017); Kebian e Acioli, (2010), observa-se um maior foco na prática clínica, procedimentos técnicos e ações curativas atendendo ao modelo biomédico, apesar da resistência de alguns profissionais com práticas que expressam eventualmente a ampliação da abordagem no processo saúde-doença. Segundo Peduzzi et al. (2019), as atividades interprofissionais no trabalho da enfermeira na Saúde da Família têm sido orientadas por uma lógica de agilização dos atendimentos e/ou atenção às necessidades de saúde do usuário, a partir de uma abordagem biomédica e/ou integral/holística. Identificam-se atividades de consulta de enfermagem, grupos de promoção de saúde e visita domiciliar, com preponderância de um cuidado clínico, fato que reporta a um processo de ampliação e

mudanças na prática do enfermeiro na Atenção Básica desde a implantação do SUS (PEDUZZI et al., 2019).

Os estudos apontam para um processo de ampliação progressiva do escopo de prática e do número de atividades realizadas pelas enfermeiras na Atenção Básica, em direção à assunção de maiores responsabilidades nas equipes e transferência de atribuições do médico, incluindo diagnóstico e terapêutica/tratamento clínico. Por outro lado, verifica-se, neste processo, a diminuição progressiva da carga horária presencial dos médicos nas unidades de saúde: em um primeiro momento como estratégia de fixação deste profissional nos serviços, tal como previsto na PNAB de 2012; em seguida, pela flexibilização dos modelos de equipe (tradicional e saúde da família) na Atenção Básica, atendendo à demanda da autonomia dos gestores municipais os quais, a partir de então, têm dispositivos legais que permitem a contenção dos gastos e uso mais intensivo da força de trabalho da enfermagem, especialmente da enfermeira, a partir da PNAB de 2017. Ademais, nesse contexto, o cuidado como meio e finalidade do trabalho do processo de trabalho das equipes nas perspectivas da Saúde Coletiva, sobretudo da enfermagem (Quadro 42), tende a ser reduzido e subsumido, considerando o modelo de gerenciamento do trabalho, o aumento da demanda por assistência, a diminuição da cobertura populacional e de profissionais de saúde nos serviços, frente às reorganizações da Atenção Básica no contexto do Ajuste Estrutural.

Quadro 42 – Processo de trabalho da enfermagem em Saúde Coletiva na Atenção Básica/Saúde da Família

Agentes	Dimensão	Objeto	Meios/Instrumentos	Atividades/Práticas	Finalidades
Enfermeiras	Assistencial	Necessidades de cuidado em enfermagem a indivíduos, famílias e comunidades nos processos sociovitais em todos os ciclos de vida e/ou transcorrer da doença, considerando a determinação e reprodução social da saúde	<p>- Teorias/conceitos Saúde Coletiva:</p> <p>Relação intersubjetiva de cuidado no encontro com o usuário: teorias do agir em saúde (Mehry) e clínica ampliada (Campos) - escuta ativa, acolhimento, diálogo, vínculo, desvelo, atenção, preocupação, respeito e valorização da autonomia dos usuários</p> <p>Sistematização da Assistência de Enfermagem: Processo de Enfermagem e Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) – teoria da epidemiologia crítica de Breilh</p> <p>- Método clínico para diagnóstico e estabelecimento de terapêuticas, de acordo e subordinado aos protocolos e diretrizes clínicas pactuados</p> <p>- Método epidemiológico para análise e avaliação dos riscos de adoecimento</p>	<p>Consulta de Enfermagem Educação em Saúde Vigilância da Saúde Visita domiciliar Ações no território Ações de comunicação Acolhimento e classificação de risco Realização de injetáveis, curativos, coleta de exames, exames diagnósticos, vacinas Diagnóstico e Participação Comunitária</p>	Cuidado integral à saúde
	Gerencial	Organização do trabalho e dos trabalhadores de enfermagem	<p>- Teorias da administração e gestão</p> <p>Gerência: Ações de articulação e integração dos profissionais, do serviço e da rede de atenção à saúde, efetivação das políticas sociais</p> <p>Coordenação do cuidado e Planejamento: Garantia de insumos para intervenções cotidianas, condução da circulação dos usuários entre as diversas áreas envolvidas no tratamento, dialoga com a família, acompanhantes das demais áreas, articula e encaminha os procedimentos necessários no cuidado</p>	<p>Educação Permanente Supervisão de Agentes de Saúde e Técnicos/auxiliares enfermagem Reponsabilidade técnica salas de procedimentos de enfermagem Gestão de equipe Gestão de recursos Planejamento ações território</p>	
Técnicas/auxiliares de enfermagem	Assistencial	Necessidades de cuidado em enfermagem a indivíduos, famílias e comunidades em todos os ciclos de vida e/ou transcorrer da doença, no âmbito das intervenções e procedimentos	<p>- Conceitos biomédicos básicos que fundamentam os procedimentos de enfermagem: noções de riscos biológicos, segurança do paciente, técnicas, entre outras.</p>	<p>Realização de injetáveis, curativos, coleta de exames, exames diagnósticos, vacinas</p>	

Fonte: Adaptado de ZOBOLI; FRACOLLI; CHIESA (2013); DAVID et al. (2018); PEDUZZI; SILVA; LIMA (2013); CAMPOS; SOARES (2013)

3.3 Situação de saúde, Atenção Primária e Enfermagem: análise-síntese em perspectiva comparada entre Brasil e Espanha

Se consideramos o contexto histórico, econômico e político e social de desenvolvimento da Atenção Primária espanhola e da Atenção Básica brasileira, podemos verificar que o fio condutor dos processos de reestruturação produtiva nos serviços se dá por meio das diferentes iniciativas de adequação da administração pública do setor aos ditames do Ajuste Estrutural e austeridade fiscal no aparelho do Estado. No entanto, as manifestações da crise estrutural do capitalismo, e seu enfrentamento nos países, são diversas frente às condições que determinam o contexto das necessidades de saúde da população, dos serviços de Atenção Primária e dos sistemas de saúde. Neste sentido, alguns indicadores podem nos ajudar na aproximação às características particulares do contexto socio-sanitário dos países: condição de vida e saúde da população, organização do sistema de saúde e organização dos serviços da Atenção Primária.

Espanha e Brasil passaram por um longo período de ditadura que perdurou por mais de duas décadas. A situação de saúde da população mudou rapidamente devido ao aumento da expectativa de vida e acelerado processo de industrialização e concentração da força de trabalho nos centros urbanos, questões que impactaram na transição demográfica e epidemiológica. Os modelos de atenção na vigência da ditadura militar eram caracterizados pela organização dual da medicina assistencial individual da previdência social e pela saúde pública em ações campanhistas. Nesse sentido, a organização da rede de serviços não era integrada e pouco respondia às necessidades reais de saúde que se apresentavam no novo cenário do envelhecimento populacional e aumento das DCNT, o que foi viável reverter no contexto da redemocratização e no encampar da luta dos movimentos de Reforma Sanitária dos países.

Se estas características são semelhantes e contemporâneas em ambos os países, as conquistas no âmbito do direito à saúde foram incorporadas em condições diferentes. Enquanto na Espanha, ainda que tardiamente, fora possível a conquista de um Estado de Bem-Estar e a construção de um sistema universal de saúde em bases mais sólidas em termos econômico-sociais e políticos; no Brasil, a grandiosa conquista do direito à saúde e do sistema universal foi desenvolvida em um cenário de acelerado e precoce ataque aos direitos sociais,

com o fortalecimento da doutrina econômica e política neoliberal, logo nos primeiros anos de implementação do SUS.

Foge ao objetivo deste estudo fazer uma análise aprofundada da situação de saúde da população espanhola e brasileira, no entanto consideramos importante fazer uma rápida caracterização da situação socio sanitária dos países para compreender os problemas de saúde que se apresentam no processo de trabalho para equipes na Atenção Primária. Partindo do pressuposto de que Espanha e Brasil encontram-se em posições diferentes no âmbito da divisão internacional do trabalho, pode-se compreender as diferenças nos indicadores socio sanitários das respectivas populações e, conseqüentemente, nas especificidades das necessidades de saúde, conforme mostra o Quadro 43, elaborado com dados e informações obtidos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Instituto Nacional de Estadística da Espanha (INE) e do United Nations Development Programme (UNDP).

Quadro 43 – Indicadores de condições de vida e saúde da população Brasil e Espanha

Características	Brasil *	Espanha**
População estimada, milhões (2020)	211,8	47,3
IDH (2020) ***	0,9 (25ª)	0,7 (84ª)
Produto Interno Bruto per capita, (2019) (US\$)	6.321,04	32.605,97
População com 65 anos ou mais (2019)	9,5%	19,3%
Taxa de desemprego (2019)	11%	13,78%
Raça% (BR) e imigrantes, milhões (ES)	56,3% negros e pardos; 1,1% indígenas	5.226
Fecundidade (filhos por mulher) (2019)	1,77	1,24
Mortalidade infantil (óbitos a cada mil nascidos vivos) (2019)	11,94	2,6
Expectativa de Vida (anos) (2019)	76,5	82,84
Mortalidade (óbitos por mil hab.) (2019)	14	9,06

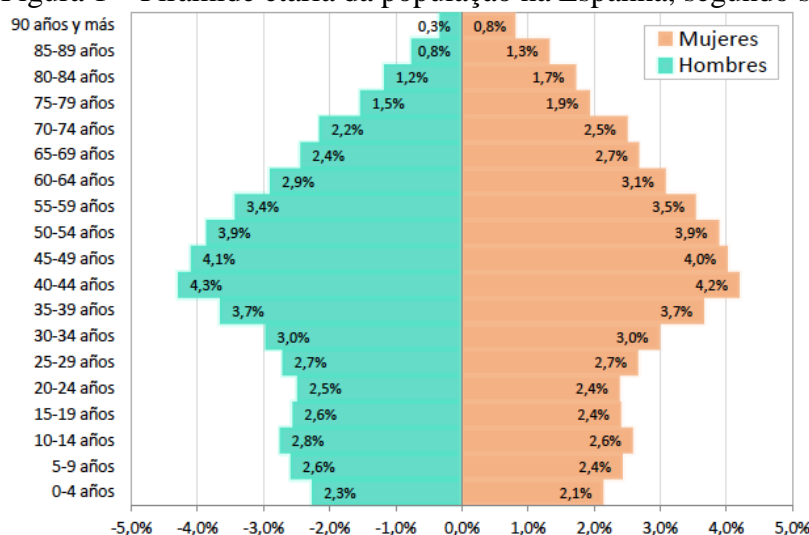
Fonte: IBGE (2021); INE (2021); UNDP (2021).

Segundo Hueso Navarro (2015), na Espanha, houve uma rápida melhoria nas condições de saúde e de vida da população no final do século XX e início do século XXI. Entre as principais iniciativas de reformas que proporcionaram impactos positivos nos indicadores de socioeconômicos, a autora aponta: a aprovação do divórcio, descriminalização do aborto, universalização da educação pública, lei que combate a violência contra mulheres; a melhoria no acesso a eletrodomésticos, telefones celulares e computadores. Se, por um lado, as mudanças nos hábitos de vida contribuíram para o consumismo e aumento das DCNT no país, por outro, o acesso aos direitos sociais favoreceram enormemente a melhoria das condições de vida:

A la par que mejoraron las condiciones de vida mejoró también las de salud de la población. El acceso a los servicios sanitarios de forma gratuita fue un gran logro, posiblemente haya sido, junto con la llegada del agua corriente y el saneamiento a todos los hogares, el factor de desarrollo más importante en toda la historia para la población española. El hecho de que las familias hayan podido destinar los pocos ahorros que han ido consiguiendo en estas tres décadas a mejorar sus condiciones de vida, vivienda, alimentación estudios de los hijos, etc., y no a gastos sanitarios, ha contribuido a alargar la vida obteniendo expectativas medias de más 80 años. El objetivo de la OMS de salud para todos en el año 2000, podemos decir que, en España, casi se cumplió. Ahora bien, estas mejoras en los niveles de salud han dado lugar a una sociedad envejecida, con nuevas y diferentes necesidades de salud. Hoy las principales causas de muerte son los problemas cardiovasculares, las neoplasias y los accidentes en los menores de 20 años. (HUESO NAVARRO, 2015, p. 150)

Frente às baixas taxas de mortalidade e ao elevado Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), os agravos de saúde relacionados ao envelhecimento populacional (Figura 1), como as DCNT, e o aumento do número de idosos com graus variados de dependência representam um dos maiores problemas de saúde a serem enfrentados pelos serviços de Atenção Primária espanhol. Aliam-se a este problema as manifestações relacionadas à saúde mental e ao desgaste físico das usuárias que cuidam de seus familiares idosos dependentes (HUESO NAVARRO, 2015).

Figura 1 – Pirâmide etária da população na Espanha, segundo sexo – 2019



Fonte: INE (2019) apud ESPAÑA (2021)

Cabe destacar que o aumento da escolaridade e a inserção das mulheres espanholas no mercado de trabalho proporcionaram um avanço na autonomia e independência financeira, no entanto não modificaram as desigualdades salariais e de postos de trabalho em relação aos homens. De acordo com Hueso Navarro (2015), a violência de gênero e a tripla carga de trabalho no âmbito familiar, pessoal e profissional afligem a saúde da mulher espanhola,

acarretando condições de maior sujeição feminina às violências domésticas e ao feminicídio, considerado também um problema de saúde pública no país.

Por outro lado, ainda que haja poucas informações disponíveis nos relatórios sanitários da Espanha, sabe-se que o fluxo de imigrantes é elevado e que mulheres provenientes de países periféricos da África e, sobretudo, da América Latina se ocupam da prestação de cuidados domiciliares, em situação de irregularidade, informalidade e sem acesso à proteção social e sistema de saúde público, após a aprovação do Real Decreto Ley 16/2012. Desse modo, deixa-se a capacidade dos serviços de Atenção Primária limitada para responder à integralidade das necessidades de saúde da população, considerando a relação de cuidado que se estabelece entre idosos dependentes, cuidadoras domésticas e o trabalho de cuidado da enfermeira (BOVER et al., 2015; CASADO-MEJÍA; RUIZ-ARIAS; SOLANO-PARÉS, 2012; LEMA TOMÉ, 2014).

No cenário brasileiro, além do envelhecimento populacional (Figura 2) e aumento das DCNT, refletindo uma melhora relativa nas condições de vida da população, enfrentamos outros dois problemas típicos da formação social-histórica de profunda desigualdade de um país periférico: a persistência de algumas doenças transmissíveis e os agravos decorrentes de causas externas (violências e acidentes). Desse modo, configura-se uma “tríplice carga de doenças” que devem ser enfrentadas pelo sistema de saúde e pelos serviços de Atenção Básica. É um país de grande extensão territorial, com profundas desigualdades políticas, econômicas e sociais entre suas regiões e bairros e, portanto, com diferenças significativas em termos de situação de saúde nos territórios. Desta maneira, o Norte e o Nordeste apresentam menores expectativas de vida ao nascer, maiores taxas de fecundidade, menor acesso a recursos e serviços de saúde, entre outras questões que implicam piores condições de vida e saúde e no fluxo migratório destas regiões para as regiões Sul e, sobretudo, Sudeste (GADELHA et al., 2013).

Entre o final do século XX e início do século XXI, o país apresentou avanços nos índices do Coeficiente de Gini, que mede as desigualdades sociais. Entretanto, mantém grandes distorções em termos de “iniquidades” de saúde, diante da precarização estrutural do trabalho e das condições de vida da população, marcas constitutivas do contexto social brasileiro. Nesse sentido, enfrentam-se questões relacionadas aos fluxos migratórios das regiões mais empobrecidas para as que oferecem melhores oportunidades de empregos e salários, sem, contudo, representar melhorias na qualidade de vida, diante das precárias condições de vida nos aglomerados dos centros urbanos (“comunidades” ou “favelas”) (GADELHA et al., 2013).

Figura 2 – Pirâmide etária da população no Brasil, segundo sexo – 2019



Fonte: IBGE (2021)

Ademais, outras sobredeterminações aliadas à classe, tais como as opressões de raça e gênero, proporcionam graves repercussões sobre a situação de saúde, principalmente das mulheres negras brasileiras. A mulher negra no Brasil sofre com o racismo estrutural, expresso nas menores remunerações e maiores cargas tributárias sobre seus salários, vínculos trabalhistas frágeis e/ou informais (trabalho de cuidados domésticos externos), duplas, triplas jornadas e menor disposição de recursos de proteção social e acesso aos serviços, incluindo os de saúde (GOMES; CARNEIRO; MADEIRA, 2019).

Além da dificuldade em acessar os direitos sociais, as mulheres negras sofrem com o racismo institucional empregado no interior dos serviços que, ao não oferecer a quantidade de recursos e profissionais suficientes para atender às suas necessidades, não dispõem da assistência com a qualidade necessária e enfrenta preconceitos dentro das unidades de saúde. Exemplo desta tripla determinação social é representado na persistência do indicador da taxa de mortalidade materna elevado, tanto pela falta de acesso ao aborto seguro, incluindo o legal (restrito às condições de estupro, risco de vida da mulher e em casos de anencefalia), às maternidades, às consultas e exames necessários do pré-natal; como pelo descaso dos escassos profissionais e da escassez de recursos sanitários para atendê-las no período gravídico puerperal. São também as mulheres negras que mais sofrem com a violência doméstica de seus companheiros, violência armada contra seus filhos e familiares nos territórios de “comunidade”, com severos impactos na sua situação de saúde que vão desde a saúde mental

à hipertensão arterial e doenças geneticamente determinadas, tal como a anemia falciforme (CARRIJO; MARTINS, 2020; WERNECK, 2016).

Na situação de saúde sumariamente descrita acima, o problema de saúde pública relacionado às DCNT é comum a ambos os países. Contudo, apresentam diferenças relevantes no que tange às condições socio sanitárias e na carga de doenças a serem enfrentadas pelos serviços de Atenção Primária. Nesse sentido, no Brasil, as equipes necessitam conciliar o trabalho de vigilância em saúde, visita domiciliar à assistência individual, incluindo a atenção aos usuários portadores de doenças crônicas, além de atividades de promoção e prevenção da saúde abordando a determinação social como estratégia de enfrentamento dos problemas produzidos em territórios de extrema fragilização nas condições socioeconômicas. Já na Espanha, as doenças crônicas e a dependência dos idosos ocupam grande parte do tempo de trabalho das equipes na realização de atividades que vão desde a promoção de saúde até a assistência clínica individual e visitas para realização de cuidados domiciliares. Todavia, um fato social comum em ambos os países está relacionado ao racismo institucional e estrutural, como um traço que acompanha o processo de vulnerabilização e de negação do acesso aos serviços da saúde e bens à população imigrante na Espanha e à população negra no Brasil.

Nesse cenário de fragilização das condições objetivas de vida, no aprofundamento da crise estrutural do capital, a demanda por maior contingente de profissionais de saúde é unânime. No entanto, as condições e estratégias para enfrentá-las são distintas, a depender do contexto socioeconômico e político do país. Na Espanha, ainda que o sistema de saúde tenha sofrido graves ataques na conjuntura cíclica da crise político-econômica de 2008, o país foi capaz de enfrentá-los e reestabelecer parcialmente direitos retirados em 2012, ampliando o gasto público em saúde a partir de 2015. Neste sentido, a capacidade de lutas de seus profissionais e de mobilização da população em defesa do sistema universal foi decisiva na reversão parcial do processo, pois persistem as medidas de copagamento para determinados procedimentos e medicações e a não universalidade do direito à saúde para todas as pessoas residentes no país, independente da condição legal de residência.

Cabe destacar, contudo, que o processo de precarização do trabalho avança na Espanha à medida que vai sendo reduzida a força de trabalho estatutária, por aposentadoria, e a contratação flexível vai sendo implementada através de organizações, fundações e cooperativas de direito privado, considerando os novos formatos de gestão dos serviços nas Comunidades Autônomas. No Brasil, as dificuldades do subfinanciamento crônico do SUS foram elevadas a outro patamar mais grave após o período mais agudo da crise político-econômica e institucional que culminou no *impeachment* da presidente Dilma em 2016. Não

se trata mais de um subfinanciamento, mas de “desfinanciamento” das políticas de educação e saúde, aprofundando, sobremaneira, o processo de desmonte e negação do acesso, já marcado pela resistência e persistência dos seus profissionais e defensores do direito universal à saúde em “fazer acontecer” o SUS na prática, ainda que nas condições mais adversas e precárias de trabalho. Ademais, as lutas não são menores em todos os espaços institucionais e de mobilização dos usuários, profissionais e pesquisadores em torno da defesa do sistema universal para a sustentação do SUS, apesar dos severos ataques a ele direcionados.

Desta maneira, para compreender os processos de precarização do trabalho e sucateamento dos serviços públicos de saúde nos países, é indispensável considerar que, por um lado, no cenário brasileiro a deterioração das condições de vida e saúde da população se dá em níveis maiores, diante da intensidade da exploração do trabalho e, conseqüentemente, a carga de trabalho dos profissionais de saúde é maior. Por outro, o traço comum dos processos de “modernização” do aparelho do Estado, através das Reformas Administrativas, desenvolvem-se em ambos os países, mas com capacidades diferenciadas na resistência aos ataques. De toda forma, o caráter de classe do Estado se faz representar no Brasil e na Espanha, tanto no favorecimento à acumulação, por meio da transferência de valor para pagamento da dívida pública, quanto no avanço do capital através da mercantilização da saúde, de forma mais ou menos velada e profunda a depender do contexto da luta de classes e conjuntura política, econômica e social em cada país.

No que tange à organização do sistema de saúde (Quadro 44) e da Atenção Primária (Quadro 45), é fundamental reconhecer a diferença dos percentuais de gasto público com a saúde entre os países. Se na Espanha quase 70% do gasto total em saúde é direcionado ao financiamento dos serviços públicos, no Brasil, menos de 50% do gasto é relativo ao financiamento do SUS. Desta forma, o processo de descentralização do sistema para a responsabilidade dos municípios na gestão da Atenção Básica não foi acompanhada do aporte financeiro suficiente para que os municípios brasileiros sustentassem a rede de serviços no local, diante do constrangimento dos limites impostos ao gasto da administração pública para contratação de profissionais concursados, com vínculos estáveis e seguros para realização da sua missão pública.

Quadro 44 – Características do Sistema de Saúde no Brasil e na Espanha

Características	Brasil	Espanha
Modalidade Sistema de Saúde	Seguridade Social – Sistema Único de Saúde	Seguridade Social – Serviço Nacional de Saúde
Cobertura sistema público de saúde populacional	Universal (de direito, não de fato)	Universal (de fato, não de direito)
Fontes de financiamento	Impostos gerais e contribuições sociais	Impostos gerais
Gasto Total em saúde % PIB (2017)	8% (**)	9,1% (**)
Gasto Público % do gasto total saúde (2017)	3,97% (*)	6,32% (*)
Gasto total em saúde <i>per capita</i> (\$ US PPP) (2017)	620,9 (*)	2.460 (*)
% População coberta por seguro privado saúde	28,5% (2019) (***)	27% (2020) (****)
Entes responsáveis pela organização do sistema de saúde	Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde – administração pública do correspondente município e estado	Comunidades Autônomas: Serviços Regionais de Saúde
Organização territorial populacional do sistema saúde	Regiões de Saúde: formatos diversos Áreas de Saúde e microáreas: equipes de Saúde da Família (eSF)	Area de Salud: 200mil a 250 mil hab. Zona Básica de Salud: 5.000 a 25.000 hab. para a Atenção Primária
Níveis de organização da atenção à saúde	três níveis Atenção Básica Atenção de Média (especialidade ambulatorial e hospitalar) Atenção de Alta Complexidade (ambulatorial e hospitalar)	dois níveis Atenção Primária Atenção Especializada (ambulatorial e hospitalar e internação)
Prestadores de serviços do sistema público de saúde	Atenção Básica rede própria pública: Unidades Básicas de Saúde – gestão direta ou indireta (Organização Social – OS) Atenção Especializada: rede pública e privada	Atenção Primária rede própria pública: Centros de Saúde – gestão indireta em algumas comunidades autônomas Atenção especializada/hospitalar: maior parte pública
Tipos de Vínculo empregatício	Diversos regimes: CLT, contratos temporários, Pessoa Jurídica e servidores públicos	Regime especial de emprego público (estatutário) para a grande maioria
Plano de Carreira	Municipal e/ou estadual implementado em poucas administrações públicas	Nacional para todos os servidores públicos da saúde
Médico por 1000 habitantes (2019)	2,32(**)	4,4(**)
Enfermeiras (atuantes) por 1000 habitantes (2020)	7,43(**) ¹	5,89(**)
Leitos Hospitalares por 10.000 habitantes	20.87(*) (2017)	29.7(*) (2018)

Fonte: Adaptado de ALMEIDA et al. (2013); *WHO (2021); **OECD (2021); ***IBGE (2020);**** UNESPA (2021);

¹ Cabe destacar que o dado não diferencia o nível de formação no interior da enfermagem, restringindo-se à contagem do total da categoria atuante. No Brasil, cerca de 70 % da categoria é composta por técnicos/auxiliares de enfermagem de formação profissional em nível médio e apenas 30% das enfermeiras são graduadas.

Quadro 45 – Características da Atenção Primária no Brasil e Espanha (continua)

Características	Brasil	Espanha
Tipo de unidade	Unidades Básicas de Saúde (UBS) Unidade Odontológica Móvel (UOM) Unidade Básica de Saúde Fluvial (UBSF)	Centros de Saúde 23% Consultórios Locais 77%
Mercantilização Oferta Serviços	Gestão indireta em grandes capitais (Rio de Janeiro-RJ, São Paulo-SP, Porto Alegre-RS)	Copagamento (produtos farmacêuticos e alguns procedimentos), Gestão indireta em algumas Comunidades Autônomas (tal como em Barcelona, na Catalunha)
Território geograficamente definido	Sim: nas áreas cobertas por Saúde da Família	Sim: <i>Zonas Basicas de Salud</i> para Atenção Primária
Financiamento Atenção Primária	1- Captação Ponderada (população cadastrada eSF, eAP; vulnerabilidade socioeconômica (Programa Bolsa-Família (PBF); Benefício de Prestação Continuada (BPC); previdência até dois salários mínimos)) população cadastrada eSF, eAP; perfil demográfico (até 5 anos ou 65 anos ou mais) ¹ ; 2-Pagamento por Desempenho (cadastro da população total prevista IBGE; somatório do cumprimento das metas ² para cada indicador (definido pelo Ministério da Saúde e pactuado entre gestores) 3- Incentivo Ações Estratégicas (considerando especificidades e prioridades em saúde, aspectos estruturais das equipes, produção de ações, programas e estratégicos)	14,6% gasto total orçamento da saúde (***)
Cobertura	74, % - eAP(**) 64 % - eSF(**)	Universal para cidadãos espanhóis
Porta de entrada obrigatória	Sim	Sim
Horário funcionamento unidade	8-17h (segunda a sexta-feira) e 8-12h (sábados) ³	8h-21h (segunda a sexta-feira) e 8-15h (sábados)
Carga horária profissionais	40h/semanais – 8h/dia + sábado escala	35h/semanais – 7h/dia + sábado escala
Médico	Médico de Família e Comunidade /Generalista	Médico de Família Comunidade/Generalista Pediatria
Enfermeiras	Enfermeira de Família e Comunidade /Generalista	Enfermeira de Família Comunidade/Generalista Enfermeira Obstétrica (matrona) Enfermeira Pediátrica
Inscrição / Adscrição usuários	Cadastro Individual / Território	Cadastro Individual
Carteira de Serviços	Segmentada (ampliada e essencial)	Segmentada (comum básica, comum suplementar e comum de serviços acessórios)
Prontuário Eletrônico	Implementado desde 1999	Implementado, de maneira incipiente, a partir de 2013
Tipo de equipes	Equipes de Saúde Família (eSF) Equipes de Atenção Primária (eAP) Equipes de Saúde Bucal (eSB) Núcleo Ampliado Saúde da Família (Nasf) Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS)	Equipe de Atenção Primária (EAP) Equipe Pediatria (EP) Matrona Saúde bucal
Composição equipes	eAP: Médico, Enfermeira e Técnico/auxiliar enfermagem eSF: Médico, Enfermeira, Técnico/auxiliar de enfermagem, Agentes Comunitários; eSB: Dentista, Auxiliar e/ou Técnico higiene dental Nasf: Nutrição, Psicologia, Fisioterapia, Educador Físico etc. Gerente externo	EAP: Médicos, Enfermeiras EP: Pediatra, Enfermeira Pediatra Matrona: Enfermeira Obstétrica Saúde bucal: Dentistas e Técnico Higiene Dental Auxiliares Administrativos; Outros profissionais: Psicólogos, Fisioterapeuta, Assistente Social etc. Gerente representante da equipe
Equipes Especiais	Equipes de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR) Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF) Equipe de Consultório na Rua (eCR) Equipes de Atenção Prisional (eABP)	Equipe de Paliativos
Total Médicos	47.999 – Total Médicos na Atenção Primária (*) 27.101 – Médicos de Família e Comunidade (*)	43.852 – Total Médicos na Atenção Primária (***) 29.743 – Médico de Família e Comunidade (***) 6.502 – Pediatras (***)
Total Enfermeiras	59.881 – Enfermeira Generalista (*) 42.311 – Enfermeiras Família e Comunidade (*)	31.159 – Enfermeiras (***)

Quadro 45 – Características da Atenção Primária no Brasil e Espanha (conclusão)

Total Técnico/Auxiliares	41.722 – Auxiliar de Enfermagem (*) 78.004 – Técnicos de Enfermagem (*)	4.664 – Técnicos/Auxiliares de Enfermagem (***)
Nº usuários / enfermeiras	1) eSF urbano (40h): 4.000p.; 2) eSF intermediário/adjacente (40h): 2.750p.; 3) eSF intermediário/remoto (40h): 2.000p.; 4) eAP urbano (20h): 2.000p.;	Enfermeiros de Família e Comunidade: até 2000 pessoas
Nº usuários /médico	5) eAP intermediário/adjacente (20h): 1.375p.; 6) eAP intermediário/remoto (20h): 1.000p.; 7) eAP urbano (30h): 3.000p.; 8) eAP intermediário/adjacente (30h): 2.063p.; 9) eAP intermediário/remoto (30h): 1.500p. ⁴	Médico de Família e Comunidade/Generalista: 1.000 a 2.000 p. Pediatria: 750 a 1.500 crianças/adolescentes

Nota 1: Focalização em grupos prioritários: aumento do peso do financiamento para capitação de pessoas vulneráveis economicamente (Programa Bolsa-Família, Benefício de Prestação Continuada, Previdência. < 2 salários) e grupos de crianças menores de cinco anos e idosos >65 anos.

Nota 2: Metas: 1) 60% gestantes com exames sífilis e HIV; 2) 60% gestantes com seis consultas e 1ª até 20ª semana; 3) 60% gestante consulta odontológica; 4) 40% cobertura mulher citopatológico; 5) 95% crianças até 1 ano vacina poliomielite e pentavalente; 6) 50% aferição pressão hipertenso por semestre; 7) 50% hemoglobina glicada diabéticos.

Nota 3: Portaria específica incentivo financeiro municípios que aderirem ao “Programa Saúde na Hora”: modalidade de horários estendidos diferenciado a depender da configuração das equipes e unidades e adesão da gestão ao programa, podendo se encontrar regimes de unidades de 40h, 60h e 75h semanais.

Nota 4: A portaria nº 2.979/2019, do Previne Brasil, articula o limite máximo de pessoas por equipe de acordo com o tipo de município na classificação do IBGE (urbano, intermediário/adjacente ou intermediário/remoto) e, no caso das equipes de Atenção Primária (eAP), modalidades I (20h) e II (30h). O número de pessoas estabelecido por equipe diz respeito ao limite máximo cadastrado por equipe que faz jus à transferência prevista pelo Ministério da Saúde. Cabe destacar que, apesar de restringir o pagamento ao município conforme estes formatos, não impede que as equipes no âmbito local tenham pessoas cadastradas acima do referido limite.

Fonte: Adaptado de ALMEIDA et al. (2013); BRASIL (2017); BRASIL (2019a); ***ESPAÑA (2021b); *BRASIL (2021a); **BRASIL (2021b)

Assim, a expansão da Saúde da Família entre os anos de 1990 e 2015 ocorreu contando com acesso relativo a recursos para sua estruturação, entretanto este montante sofreu forte indução financeira da União, por meio de recursos não estáveis. Desse modo, à medida que foram empregados, trouxeram consigo os projetos e propostas de determinados modelos de atenção, de gestão e organização do trabalho em saúde, com vistas à adaptação da força de trabalho aos moldes de “um novo serviço público”, baseado em parcerias do Estado com entidades de direito privado, e no uso eficaz e eficiente de “recursos escassos”.

Contudo, não se desenvolveu de forma mecânica, sem resistências e lutas; ao contrário, também os movimentos sociais e atores da Saúde Coletiva contribuíram para ressignificar programas focalizados, processos avaliativos punitivos, entre outras questões que permitiram um avanço no desenvolvimento da Atenção Básica e impactos reais na melhoria de indicadores de saúde importantes. Entretanto, é neste contexto, bem diverso do cenário espanhol no processo de descentralização do sistema de saúde e de fortalecimento da Atenção Primária, que se desenvolve a configuração do trabalho das profissionais de enfermagem: com lastro da precarização estrutural do trabalho das profissionais e na focalização da assistência

como *modus operandi* preferencial da Saúde da Família. Assim, pode-se compreender as diferenças estruturais nas condições de trabalho no Brasil e na Espanha.

Podemos destacar, na Espanha, a segurança no trabalho, Planos de Carreira nacionais e vínculos estatutários estáveis, além do número de usuários (em média 1.600 pessoas) sob adscrição nas equipes de Atenção Primária, como fatores que contribuem para o vínculo, coordenação e continuidade do cuidado no processo de trabalho das equipes. Todavia, a adscrição das pessoas por meio do cadastro individual cria obstáculos às abordagens familiar e comunitária e apresenta dificuldades no acompanhamento ao território-processo de diferentes localidades simultaneamente.

Por outro lado, o Brasil, que até 2016 prezava minimamente pelo vínculo ao território e pelo conhecimento do contexto de vida dos usuários, induzindo à organização e à distribuição das equipes a um território bem delimitado, rompeu com esse modelo ao flexibilizar o formato das equipes, especialmente na última PNAB de 2017. Cabe chamar a atenção, entretanto, que o país flexibiliza também as cargas horárias dos profissionais de equipes tradicionais, não só retrocedendo no modelo de atenção, mas apontando para o aumento do número de pessoas sob a responsabilidade das equipes. Esta forma de operar interrompe a indução financeira e “recomenda” aos entes subnacionais a adotarem, preferencialmente, um modelo mais caro para os gestores de equipes de Saúde da Família (completas no quadro profissional completo e maior carga horária) em detrimento da equipe tradicional flexibilizada. Ademais, a própria dificuldade de fixar profissionais médicos em horário integral na Atenção Básica já indica o cenário que será enfrentado pela enfermagem, sobretudo pela enfermeira que, por seu compromisso e maior envolvimento no processo de trabalho coletivo da equipe, apresenta o caráter tanto “polivalente” quanto de “liderança” necessário para continuar conduzindo os serviços nos cenários precários e na ausência de médicos no aprofundamento da crise estrutural do capitalismo.

É importante destacar que a densidade de profissionais médicos na Espanha é quase o dobro do Brasil. Em se tratando da densidade dos profissionais de enfermagem nos países, algumas questões devem ser ponderadas: 1) na Espanha, só o número de médicos ultrapassa a recomendação da OMS de 4,45 profissionais de saúde/1.000 hab.; entretanto, considerando o perfil de saúde da população, o aumento da demanda por cuidados e as atribuições e responsabilidades pelos cuidados diretos integralmente nas mãos das enfermeiras, faz-se mister dispor de mais enfermeiras no país para cuidados, sobretudo aos usuários idosos e dependentes; 2) no Brasil, ainda que a densidade da enfermagem seja maior, o indicador utilizado refere-se ao conjunto das profissionais da categoria, contudo as técnicas/auxiliares

de enfermagem representam 70% da força de trabalho da enfermagem brasileira, o que, por um lado, representa a redução de custos para a gestão do sistema tanto pelo uso intensivo do trabalho técnico em cuidados simples, como, por outro lado, pela possibilidade de “otimização” da força de trabalho das enfermeiras na ausência de profissionais médicos; 3) há um reconhecido *déficit* e desigualdade de distribuição de médicos no Brasil, sendo esta questão objeto de intervenção estatal anterior para aumentar a formação e enfrentar em caráter urgente os vazios assistenciais com a criação do Programa Mais Médicos em 2014; no entanto, além de ter representado uma medida de curto prazo nas regiões mais vulnerabilizadas do país, sofreu grande resistência por parte da elite da categoria médica brasileira.

Outros aspectos importantes a serem apontados é o elevado número de pessoas sob a adscrição das equipes, a ausência de cobertura completa da população no território de responsabilidade sanitária em que a unidade se localiza e a indução da focalização em segmentos da classe trabalhadora mais empobrecida no Brasil. A quantidade de pessoas cadastradas em equipe tradicional de um centro urbano, pela sua composição variada (podendo ter mais ou menos profissionais em horários reduzidos), dificulta colocar em prática atributos básicos da Atenção Primária, como o vínculo. Além disso, prejudica a abordagem das necessidades de saúde em termos coletivos, de acordo com os processos vividos pelos usuários nos seus respectivos contextos sociais, um elemento central para o processo de trabalho na perspectiva da Saúde Coletiva.

No cenário espanhol, temos condições de fragilização socioeconômicas menos intensas, já que o perfil de adoecimento não corresponde à tripla carga de doenças e a cobertura dos serviços públicos são quase universais. Já no Brasil, **a ausência de cobertura universal de serviços públicos na Atenção Primária**, implica que a adscrição por cadastro individual nas equipes pode não corresponder ao número real de pessoas que frequentam as unidades e são atendidas diariamente em "acolhimento" pelos profissionais de saúde em caráter de urgência. Isto é, tão mais forte, considerando que a unidade de Atenção Básica é, muitas vezes, o único recurso de assistência de saúde que as pessoas dispõem em determinadas localidades. Assim, ainda que necessitem de atenção em serviços de pronto-atendimento, não dispõem de condições de acessibilidade a estas unidades (seja pela dificuldade de deslocamento, seja pela ausência de profissionais) e recorrem à Atenção Básica. Nesse sentido, a ausência de território bem delimitado e da sua cobertura completa pelas equipes afetam a demanda do número de pessoas que procuram as unidades de saúde para atendimento, impactando no acesso e na qualidade real da atenção.

Ademais, repercute na intensificação do trabalho, especialmente das enfermeiras, que estão na linha de frente do “acolhimento” (triagem) dessa demanda espontânea necessitada de atendimento médico. Aqui reside um sério problema da assunção de práticas clínicas “ampliadas” pelas enfermeiras no Brasil, pois, considerando o vácuo do baixo quantitativo de médicos nas unidades, são elas que assumem parte significativa do processo de trabalho médico no diagnóstico e tratamento dos agravos/doenças, recebendo menos da metade do salário deste profissional.

Se colocarmos em pauta a categoria “superexploração do trabalho”, podemos analisar a diferença na intensidade da exploração do trabalho entre as enfermeiras espanholas e brasileiras, considerando a condição de país periférico “dependente” do Brasil no âmbito da divisão internacional do trabalho. Na Teoria Marxista da Dependência (TMD), a relação subordinação-dependência é produto de condições histórico-estruturais do processo de expropriação e consolidação do sistema capitalista, através de uma maciça transferência de valores dos países periféricos para os centrais, contradizendo a ideologia de desenvolvimento processual como etapa, mas sim caracterizado como condição intrínseca do capital no âmbito mundial.

De acordo com Carcanholo (2008), a transferência de valores se dá pela desvantagem na divisão internacional do trabalho através do intercâmbio comercial desigual (*commodities versus* produtos industrializados), pela remessa de excedentes por juros, amortizações, dividendos e *royalties* e pela própria instabilidade do mercado financeiro (CARCANHOLO, 2008).

A mistificação da condição de dependência e da questão do “desenvolvimento” é a não relação (dialética) da transferência de valores dos países, como forma de estabelecer e garantir a reprodução ampliada do capital mundial. Há de se observar que em uma sociedade de classes, a cisão social da relação de exploração se dá tanto entre os Estados Nacionais, como dentro de si mesmos. Frente a este fato, apesar de tamanha desvantagem de um país periférico na acumulação capitalista, observa-se a manutenção do padrão de acumulação da classe dominante dentro da periferia. Nesse sentido, a compensação desta desvantagem só pode ser realizada através da produção de excedentes, a qual não se dá pela contraposição à transferência de valor externa, e sim no plano da produção interna. Portanto, a forma de realização de capital da burguesia do país dependente é através da compensação a partir do aumento da intensidade de exploração da força de trabalho (MARINI, 2000)

Além disso, segundo Marini (2000), a própria característica dependente da acumulação de capital na América Latina e no Brasil é de que as taxas de lucros são obtidas a

partir da circulação dos produtos no mercado externo, isto é, com menor preocupação de que a força de trabalho interna tenha acesso ao consumo de seus produtos. Nesse sentido, a superexploração pode ser identificada sob três mecanismos: intensificação do trabalho, prolongação da jornada de trabalho e a expropriação de parte do trabalho (retirada do excedente de trabalho pela redução do consumo do trabalhador).

[...] nos três mecanismos considerados, a característica essencial está dada pelo fato de que se nega ao trabalhador as condições necessárias para repor o desgaste de sua força de trabalho: nos dois primeiros casos, porque ele é obrigado a um dispêndio de força de trabalho superior ao que deveria proporcionar normalmente, provocando-se assim seu esgotamento prematuro; no último porque se retira dele inclusive a possibilidade de consumir o estritamente indispensável para conservar sua força de trabalho em estado normal. Em termos capitalistas, estes mecanismos (que além disso se podem dar e normalmente se dão, de forma combinada) significam que o trabalho se remunera por baixo de seu valor e correspondem, então a uma superexploração do trabalho. (MARINI, 2000, p. 126).

Luce (2018) aponta que a exploração do trabalho, para além das determinações mais gerais, apresenta elementos específicos, sendo agudizada de forma sistemática e estrutural no âmbito dos países dependentes. Nesse sentido, o valor diário e valor total, assim como o fundo de consumo e fundo de vida dos trabalhadores nos países periféricos, são sistematicamente “violados” nos parâmetros de “valores normais”¹⁷⁷ da força de trabalho.

O *valor normal* pode ser conhecido, de maneira aproximada, analisando a conjunção entre: - o tempo de trabalho socialmente necessário nas condições vigentes; - o elemento histórico e moral do valor da força de trabalho na sociabilidade correspondente, incluindo as condições culturais; - a expectativa de vida nas condições médicas e sanitária vigentes; - os limites legais conquistados e reconhecidos para a duração da jornada de trabalho; o tempo de vida laboral (jornada de trabalho total), incluindo sua relação com as condições de aposentadoria. (LUCE, 2018, p. 169, grifo do autor)

A jornada de trabalho das enfermeiras e técnicas/auxiliares de enfermagem é cerca de 14% maior no Brasil. Na Espanha, ainda que haja “ampliação do acesso” a partir de horário estendido nas unidades de saúde (15h às 21h), a jornada de trabalho diária dos seus profissionais é de turno diário de 7h, enquanto no Brasil são de dois turnos de 4h. Agrega-se a essa jornada a intensificação do trabalho da enfermeira brasileira. Em um turno de trabalho,

¹⁷⁷ Os valores normais dizem respeito ao tempo de trabalho socialmente necessário para manutenção da subsistência e reprodução da força de trabalho. Apresentam um conteúdo relacional, histórico e moral na definição dos valores de uso necessários à reposição do desgaste do trabalhador no processo produtivo. Isto é, nas lutas de classe se definem as remunerações suficientes para o trabalhador repor sua força de trabalho. De acordo com Luce (2018), nos países centrais, foram conquistados direitos a uma remuneração próxima ao valor da força de trabalho, enquanto nos países periféricos, se estabelece sistematicamente abaixo do valor da força de trabalho. Nesse sentido, o autor aponta que, por exemplo, os valores estabelecidos como salário-mínimo no Brasil se dão abaixo do cálculo Dieese de referência para a classe trabalhadora se reproduzir nas condições históricas vigentes estabelecidas. Assim, atualmente, foi estabelecido o valor de R\$ 5.518,79 como necessário para a reprodução da força de trabalho brasileira. O país remunera cerca de cinco vezes menos a referência a partir de um salário mínimo de R\$ 1.100,00 para a população no território nacional.

chegam a atender cerca de 30/40 pessoas em “acolhimento” (triagem) apresentando quadros clínicos agudos que necessitam de atendimento médico para diagnóstico e tratamento médico.

Por último, a questão da não cobertura completa de um território onde se localiza a equipe, isto é, distribuição contando apenas com os cadastros realizados, não elimina a responsabilidade sanitária dos profissionais de atendimento e monitoramento de situações de adoecimento por doenças de notificação compulsória que necessitam de investigação, acompanhamento e intervenção no território, por exemplo. Esta é uma das contradições flagrantes desta forma de organização das equipes num país periférico como o brasileiro: é de suma importância que possam ser acompanhadas as situações de epidemias e pandemias no território e no contexto em que elas se desenvolvem a fim de serem controladas, interrompendo cadeias de transmissão e prevenindo maiores danos. Se as equipes não disponibilizam das condições e do tempo suficientes para conhecerem a dinâmica de seus territórios, dificilmente conseguirão contribuir no enfrentamento dos processos de epidemia e pandemia, tal como vimos no início da pandemia da Covid-19.

Neste sentido, a pandemia, além de ser um processo forjado no contexto da crise estrutural do capitalismo (sua própria existência remete à devastação ambiental e esgotamento de recursos indispensáveis à manutenção da vida, pela própria dinâmica destruidora da expansão do capital), demonstrou, de forma dramática, com a perda de muitos profissionais e usuários em mortes evitáveis, o grave problema do desmonte dos serviços públicos, do não investimento na força de trabalho e do não preparo dos seus profissionais. Foi neste contexto que realizamos a investigação de campo junto às enfermeiras e técnicas/auxiliares de enfermagem na Espanha e no Brasil que a seguir discutimos.

4 ASPECTOS DO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO BRASIL E NA ESPANHA NA CRISE

Este capítulo tem como objetivo realizar a discussão da realidade concreta do trabalho das profissionais de enfermagem na Atenção Primária, ressaltando os aspectos de mudanças na configuração do processo de trabalho, na precarização do trabalho e nas necessidades de saúde dos usuários percebidas pelas profissionais, diante do aprofundamento da crise estrutural do capitalismo, sobretudo nas manifestações após a conjuntura cíclica da crise de 2008. Pretendemos aqui realizar a descrição e análise em perspectiva comparada dos dados coletados empiricamente junto a profissionais de enfermagem na Espanha e no Brasil no contexto da realização do processo de trabalho, buscando captar seus elementos fundamentais (objeto, meios e finalidades), os aspectos da reestruturação produtiva do trabalho nos serviços, as necessidades de saúde percebidas pelos profissionais e os problemas de saúde dos usuários agravados pela conjuntura de crise. Para tanto, realizamos análise temática, classificando as respostas, pré-definidas em três grandes eixos: *processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária; reestruturação produtiva e trabalho da enfermagem na Atenção Primária; e crise, manifestações na saúde e enfrentamento pela enfermagem.*

Entretanto, cabe fazer uma ressalva com relação ao contexto de imersão no cenário de coleta de dados que se realizou no período de desdobramentos da crise, na pandemia da Covid-19. Primeiramente, no auge de suas incertezas e inseguranças, em março de 2020, estávamos a realizar a pesquisa em um Centro de Saúde na Comunidade Valenciana da Espanha. Em seguida, em três Unidades Básicas de Saúde, durante os meses de agosto e setembro de 2020, no auge de duas manifestações dramáticas da crise do município do Rio de Janeiro no Brasil a saber: agravamento da crise no município (diante do fechamento de unidades de saúde e demissão generalizada de equipes de Estratégia da Saúde da Família iniciada em 2017/2018); e no processo de licitação e troca de Organização Social (OS) responsável pela prestação de serviços em uma Área Programática (AP), que atende a um dos territórios com a população mais vulnerabilizada do município, isto é, com menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) na Zona Oeste do Rio de Janeiro-RJ. Agrega-se a esta dramática conjuntura a pandemia que, no período da coleta de dados, se encontrava no intervalo entre as “ondas” de pico de incidência no município.

Alguns autores descrevem o momento como um somatório simples de crises (política, econômica, sanitária, ética, humanitária etc.) que se sobrepõem umas às outras. Entendemos

que esta sobreposição é o resultado e a manifestação da totalidade de um modo de produção da existência que se estrutura sob a crise que produz. Por se tratar de um processo progressivo de aprofundamento da intensidade, com diminuição dos intervalos entre as manifestações cíclicas, apresenta sua barbárie em diversas facetas destrutivas para o conjunto da humanidade no seu formato neoliberal. Nesse sentido, o uso da categoria “crise estrutural” do capitalismo segue a premissa de István Mészáros (2011a, p. 41) :

[...] a ordem existente demonstra-se insustentável, não apenas devido às crescentes “disfunções” socioeconômicas resultantes da imposição diária de suas desumanidades sobre milhões de “infelizes”, mas também em razão do esvaziamento espetacular das mais caras ilusões relativas ao irreversível poder estabilizador socioeconômico da vitória do mundo capitalista avançado sobre o inimigo de ontem. A consciência desta insustentabilidade ajuda a manter a esperança de uma mudança estrutural básica, apesar de todos os empecilhos e desilusões amargas do passado recente. Encher buracos cavando buracos cada vez maiores – o que tem sido a maneira predileta de solucionar os problemas na presente fase do desenvolvimento – é algo que não pode continuar indefinidamente. Descobrir uma saída do labirinto das contradições do sistema do capital global por meio de uma transição sustentável para uma ordem social muito diferente é, portanto, mais imperativo hoje do que jamais o foi, diante da instabilidade cada vez mais ameaçadora.

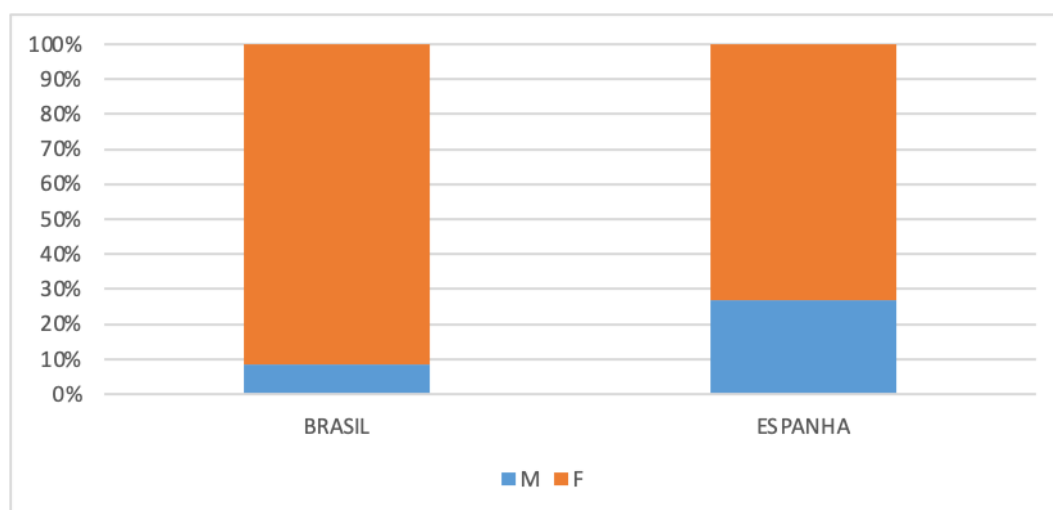
4.1 O perfil da força de trabalho da enfermagem da Atenção Primária entrevistada no Brasil e na Espanha

Encontram-se, entre os sujeitos entrevistados e acompanhados no cotidiano do seu processo de trabalho, enfermeiras e técnicas/auxiliares de enfermagem da Espanha, incluindo diferentes regiões do país, tal como o País Basco, Comunidade Valenciana, Madrid e Andaluzia. No Brasil, a pesquisa restringiu-se a uma AP na Zona Oeste, no município do Rio de Janeiro-RJ. A categoria entrevistada é composta, em sua maioria, por mulheres nos dois segmentos da profissão. Ainda que em menor proporção, a presença de homens na categoria se dá mais no segmento de nível superior da categoria na Espanha (Gráfico 1).

No cenário espanhol, a amostra foi composta por 15 enfermeiras e apenas 1 TCAE. Este fato se deve à menor presença quantitativa destas profissionais nos Centros de Saúde, considerando que não realizam cuidados assistenciais diretos aos usuários, característica específica da divisão técnica do trabalho da enfermagem na Atenção Primária. A maior parte das profissionais apresentam vínculos estáveis estatutários (sete enfermeiras), embora possa se observar a presença de contratos flexíveis nas enfermeiras mais jovens que se encontravam

substituindo vacâncias de outros profissionais temporariamente (quatro enfermeiras) e em profissionais vinculadas a organizações sociais em contrato de “empregado público” (duas enfermeiras – *Laboral fijo*). Ademais, participou da pesquisa um residente de enfermagem, portanto, bolsista.

Gráfico 1 – Sexo/gênero das profissionais de enfermagem no Brasil e na Espanha



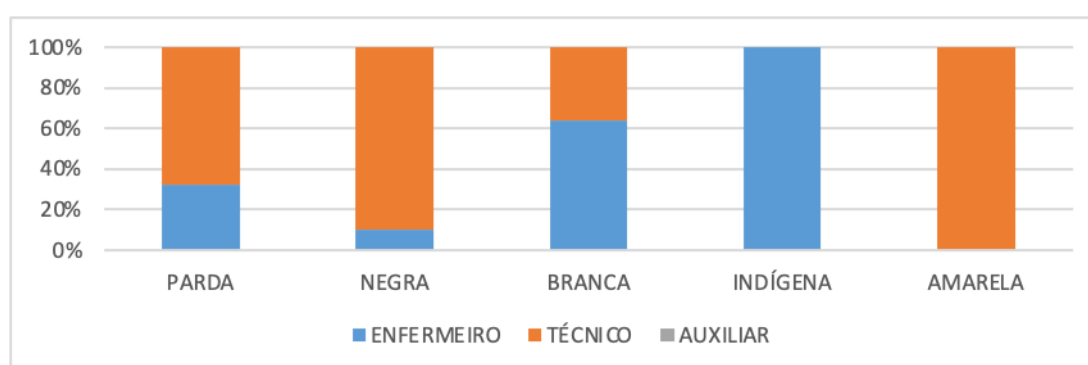
Fonte: A autora.

Já no Brasil, as participantes da pesquisa foram 17 enfermeiras e 31 técnicas/auxiliares de enfermagem, distribuídas em três unidades de modelos distintos: uma do “tipo A”, apenas equipes de Saúde da Família, e duas do “tipo B”, “mistas”, em que conviviam o modelo da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e o formato tradicional da Atenção Primária anterior à ESF. O quantitativo elevado de entrevistas com técnicas/auxiliares justifica-se pelo perfil das unidades pesquisadas, por serem mais antigas e terem, em sua composição, muitas profissionais técnicas/auxiliares concursadas com mais de 20 anos de trabalho, mas também revela a divisão técnica na organização do cuidado da enfermagem e dos serviços, em que as profissionais não fazem parte de uma equipe de referência que compartilha a responsabilidade sanitária sobre um território delimitado ou um conjunto pessoas cadastradas, tal como na ESF.

São alocadas e divididas nos setores das unidades de saúde em função das tarefas específicas que devem executar. A organização do cuidado de enfermagem é funcional, em um modelo *taylorista* de divisão do trabalho: a maior parte do corpo de enfermagem é constituída pelas técnicas/auxiliares que são responsáveis pela execução de determinados procedimentos (vacinas, curativos, aplicação de medicações, aferições de pressão arterial, coleta de exames, entre outros), “cuidado direto”, conforme setor específico. E estão sob a responsabilidade das enfermeiras, em menor número, que cumprem a função de gerenciar,

supervisionar e planejar as atividades realizadas pelas primeiras, “cuidado indireto”. Esta divisão do cuidado de enfermagem é técnica e social, pois implica a separação entre aquelas que realizam o “trabalho intelectual” – enfermeiras graduadas – e as auxiliares/técnicas, que realizam o “trabalho manual”, geralmente de origem social das classes populares. Ademais, pode-se observar uma divisão racial do trabalho: há mais técnicas/auxiliares de enfermagem negras que enfermeiras (Gráfico 2). O resultado dialoga com os dados da pesquisa *Perfil da Enfermagem no Brasil*, de 2013, em que 57% das técnicas/auxiliares se declaram negras/pardas e a quase totalidade (90%) das que se declaram indígenas são deste segmento da categoria no Brasil. Já entre as enfermeiras, apenas 37% declaram-se negras, sendo sua maior parte brancas (MACHADO, 2017)

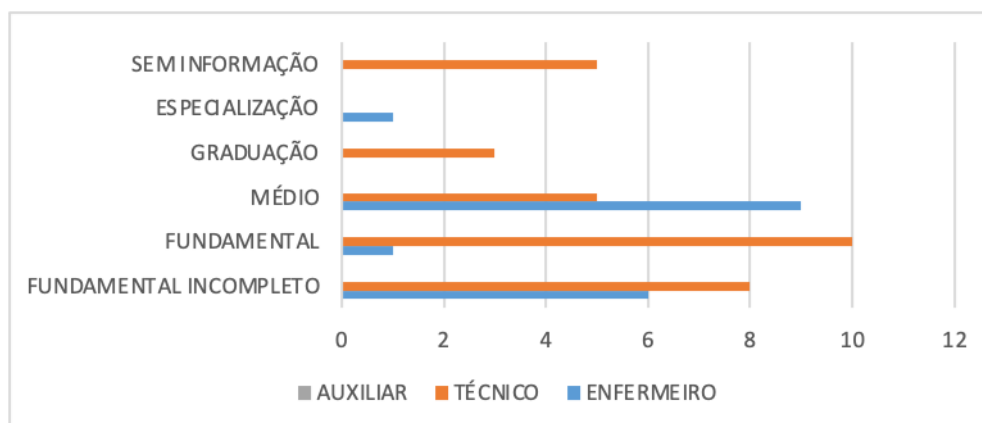
Gráfico 2 – Raça/cor das profissionais de enfermagem no Brasil



Fonte: A autora.

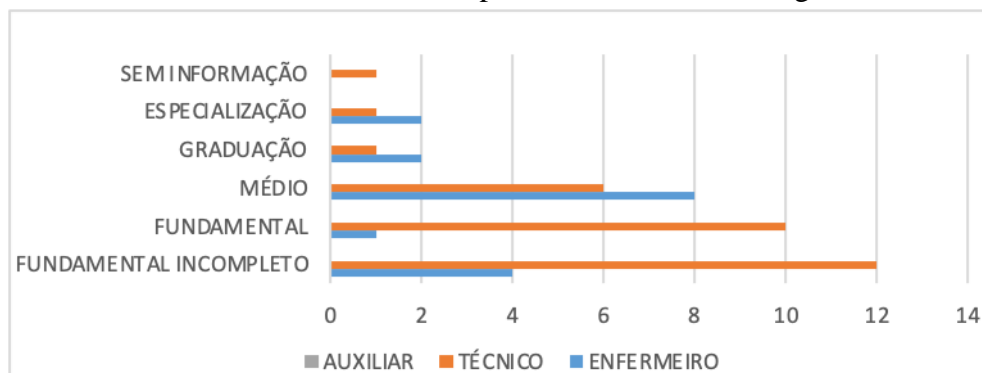
Em relação à origem social das profissionais de enfermagem brasileiras entrevistadas, pode ser percebido que, em relação à escolaridade (Gráficos 3 e 4) e ocupação, a maior parte dos pais tem ensino fundamental incompleto (com peso maior para as técnicas/auxiliares) e apenas seis com ensino superior (ainda assim, cinco são das enfermeiras); suas mães são “donas de casa”, auxiliar de serviços gerais, domésticas; seus pais são pedreiros, eletricitas, auxiliar de serviços gerais, pintores (muitos ainda não aposentados, principalmente entre o segmento das técnicas/auxiliares de enfermagem). Se associarmos a origem social, a cor e a diferença salarial, percebemos que a divisão técnica na categoria brasileira é, em realidade, uma divisão social do trabalho: são as técnicas/auxiliares as mulheres negras, de origem popular, percebendo menor remuneração e exercendo os “cuidados diretos”, menos valorizados socialmente.

Gráfico 3 – Escolaridade do pai das profissionais de enfermagem no Brasil



Fonte: A autora.

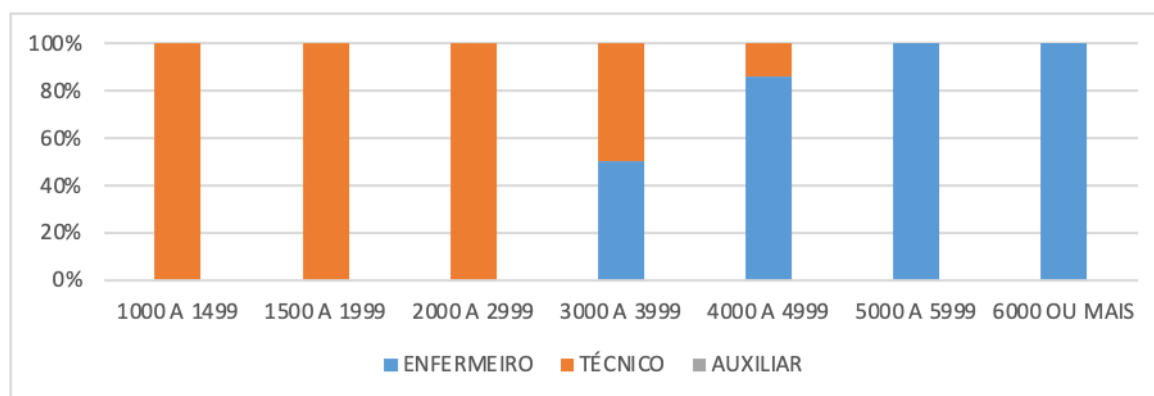
Gráfico 4 – Escolaridade da mãe das profissionais de enfermagem no Brasil



Fonte: A autora.

Além da divisão social, no Brasil, essa divisão do trabalho também é racial, com base na origem social e racismo estrutural, que dificultam grande parte da classe trabalhadora negra a acessar o mercado de trabalho em postos de trabalho que exigem maior qualificação. É um duplo preconceito: em relação ao trabalho manual de cuidado e para com as pessoas que o realizam (raça, gênero e classe social das trabalhadoras). Questões que implicam a desvalorização social do trabalho da enfermagem, nos baixos salários e de qualificação dentro da categoria (Gráfico 5) e na categoria como um todo, configurando-se como um rebaixamento do valor da força de trabalho das profissionais e dos usuários a quem atendem (ARRUZZA; BHATTACHARYA, 2020).

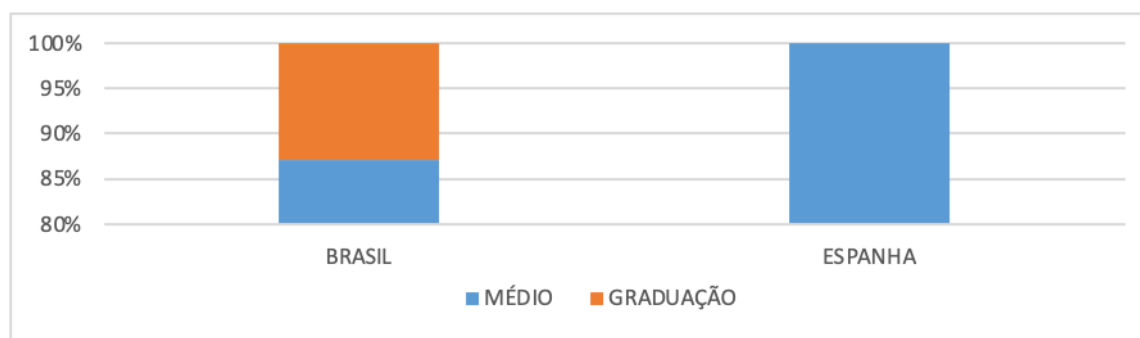
Gráfico 5 – Remuneração (em reais) dos profissionais de enfermagem no Brasil



Fonte: A autora.

É, ademais, um retrato da desigualdade social no Brasil, uma vez que cerca de 70% da força de trabalho da enfermagem brasileira é composta por técnicas/auxiliares de enfermagem, em sua maior parte mulheres negras desejosas de realizar o curso de graduação em enfermagem (MACHADO, 2017). Nas entrevistadas, uma parte significativa das técnicas/auxiliares de enfermagem realizou cursos de graduação, com menos acesso a postos de trabalho compatíveis com sua qualificação (Gráfico 6)

Gráfico 6 – Escolaridade das técnicas/auxiliares de enfermagem no Brasil e na Espanha

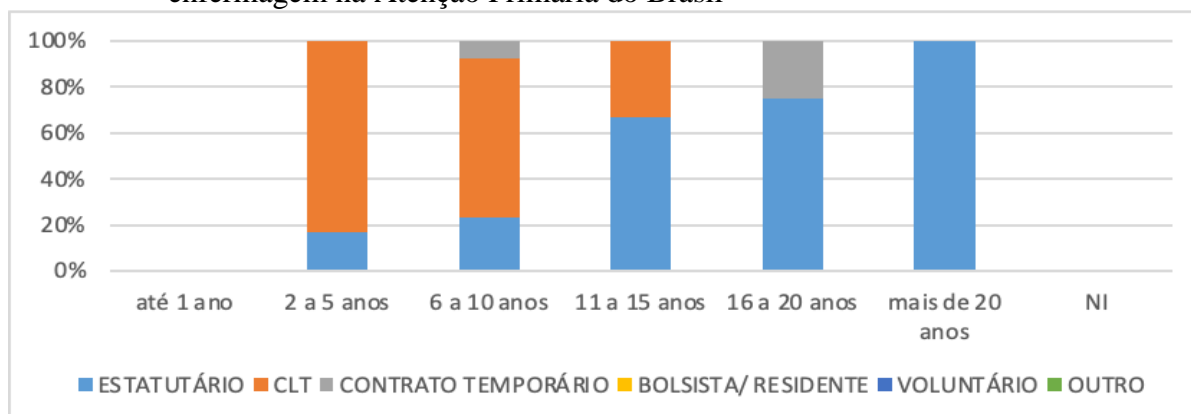


Fonte: A autora.

A qualificação em nível de graduação não compatível com o posto ocupado de trabalho em nível médio está relacionada, também, com as diferenças na amostragem da pesquisa entre o cenário brasileiro (31 profissionais) e o espanhol (apenas uma técnica), mas revela, de toda forma, as desigualdades na organização interna da profissão no cenário brasileiro. Por outro lado, a permanência nos postos de trabalho pode demonstrar a opção em garantir um vínculo estável com recursos previsíveis, embora baixos, e com expectativa de aposentadoria, apesar das reformas administrativas que vêm se desenvolvendo nos serviços públicos. Nesse sentido, as técnicas/auxiliares participantes da pesquisa possuem maior

experiência, em média, com 51 anos de idade, e mais tempo de trabalho nas unidades que as enfermeiras mais jovens, média de idade de 39 anos, em sua maioria terceirizadas sob contratos mais flexíveis com as “empresas sociais” – as OS para o trabalho na ESF – e, portanto, sujeitas à maior rotatividade de empregos (Gráfico 7).

Gráfico 7 – Relação vínculo x tempo de trabalho (anos) das profissionais de enfermagem na Atenção Primária do Brasil



Fonte: A autora.

No Gráfico 7, ainda é possível perceber casos de trabalhadoras que estavam há mais de cinco anos na Atenção Primária, mas que, no período da pesquisa, se encontravam sob contrato temporário, provenientes da rescisão de contrato com as OS e recontração em medida emergencial durante a pandemia durante o processo licitatório para renovação dos contratos das empresas. O Rio de Janeiro – RJ adotou as Parcerias Público-Privadas para prestação de serviços na área da cultura, transporte, educação, esportes, meio ambiente, ciência e tecnologia e saúde a partir da lei municipal nº 5026, de 2009.

De acordo com Oliveira (2015), é uma das cidades de maior relevância na América Latina e um dos maiores PIB no país, estando sob o foco de investidores para processos de reestruturação urbana desde a década de 1990, período que se desenhou o “Plano Estratégico” e o projeto de “cidade modelo”. A adoção de Ajuste Estrutural e a “modernização”, com melhoria da “eficiência dos serviços”, foi tomada como prioridade neste governo, marco da articulação de interesses locais à entrada do capital financeiro internacional (Banco Mundial, especialmente) para iniciativas de reconstrução urbana e de “planejamento competitivo” na administração pública, colocando em prática a “[...] reforma gerencial, voltada para o controle dos resultados e à produtividade do serviço público.” (OLIVEIRA, 2015, p. 45)

As sucessivas crises na gestão da assistência à saúde, entre os anos 1990 e 2004, a Lei de Responsabilidade Fiscal e a entrada de governos mais conservadores na prefeitura

favoreceram a adesão do município às propostas nacionais do Plano Diretor de Reforma Administrativa do Estado (PDRAE), implantando os “novos modelos de gestão”, especialmente a partir da 1ª gestão de Eduardo Paes. A expansão da Saúde da Família no município desenvolveu-se a partir do processo de mercantilização via OS, a cargo da gestão dos serviços e contratação de profissionais sob regime mais flexível. Além disso, diversas estratégias foram realizadas no período para desestimular a entrada de profissionais de saúde por meio de concurso público e emular os profissionais concursados (estatutários no regime jurídico único) a migrarem para a contratação precária nas OS, frente às diferenças salariais, considerando os baixíssimos salários oferecidos por meio da vinculação direta à administração pública (OLIVEIRA, 2015).

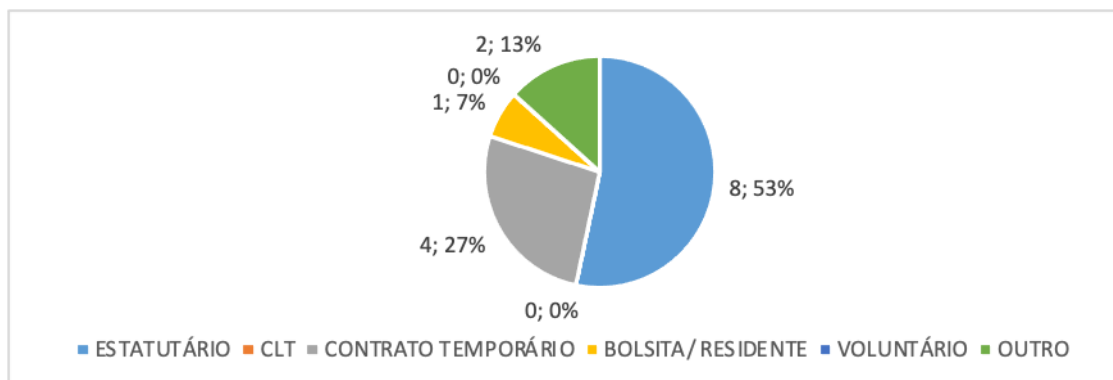
Atualmente, o Rio de Janeiro conta com cerca de 20 OS (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2021) que prestam serviços na rede pública de saúde. No mesmo município, há uma miríade de contratos precários que vão desde a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) à Pessoa Jurídica (PJ). A Reforma Trabalhista em 2015 criou as condições de trabalho intermitente e a ampliação irrestrita da terceirização. Nesse sentido, o que já era menos estável em 2009, quando se expandiu a Saúde da Família com trabalhadores sob o regime da CLT renovados a cada licitação e contratos de gestão estabelecidos com administração pública, tornou-se um instrumento de precarização absoluta, pois instaurou a “terceirização da terceirização” através da contratação de profissionais de saúde por PJ¹⁷⁸.

Na Espanha, embora as trabalhadoras entrevistadas possuam, em sua maioria, vínculos estatutários, também se observa um processo progressivo de precarização do trabalho, a partir da expansão da mercantilização na oferta de serviços (Gráfico 8). São marcos nesse processo o *Informe Abril* e a *Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña* na década de 1990; contudo, a expansão das empresas sociais avançou a partir da finalização do processo de descentralização administrativa, financeira e política da saúde para as CCAA no início dos anos 2000. Sendo assim, a partir da redução dos gastos públicos em saúde e conforme governo e interesses na administração pública nas CCAA, a mercantilização avança mais ou menos por meio de diferentes formas: contratos de gestão, separação do financiamento da provisão, modelos privados de gerenciamento do trabalho, criação de empresas públicas, gestão clínica, terceirizações, concessões administrativas, consórcios, entidades de base

¹⁷⁸ Os dados referentes ao vínculo CLT já estão desatualizados, considerando que, no período da coleta de dados nas unidades de saúde no Brasil, estava em andamento a troca de gestão das OS e ouvia-se que os contratos dos profissionais seriam renovados, não mais pela CLT, mas por PJ para enfermeiras e médicos. Em uma das unidades pesquisadas, o abandono de cargo pelos últimos foi generalizado, restando às enfermeiras assumirem a atenção à demanda sozinhas, em plena pandemia de Covid-19.

associativa (cooperativas de profissionais) e outras parcerias público-privadas (SÁNCHEZ-BAYLE, 2011)

Gráfico 8 – Vínculo dos profissionais de enfermagem na Atenção Primária na Espanha



Fonte: A autora.

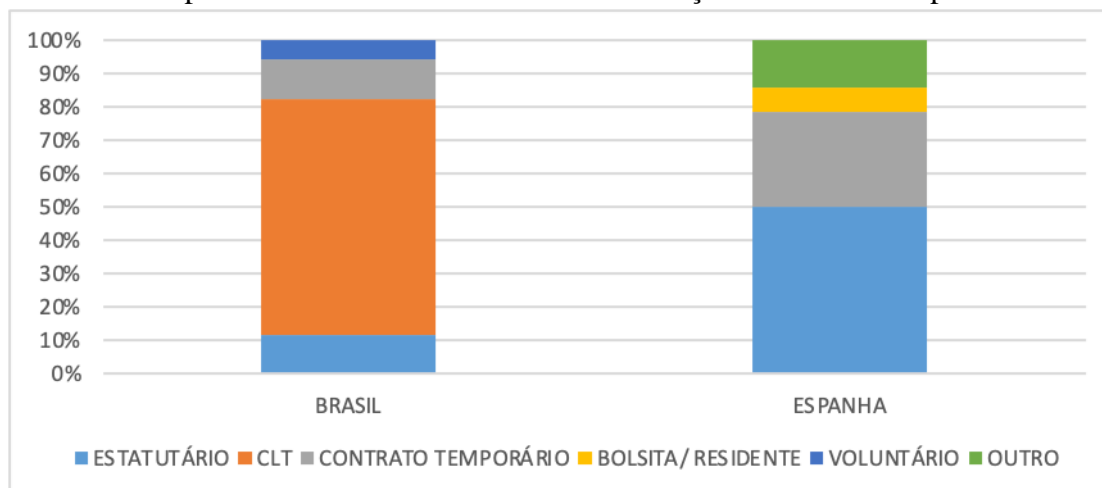
De acordo com o Conselho Geral de Enfermagem da Espanha – Consejo General de Enfermería (2020) –, os contratos temporários e de jornada parcial têm sido uma tendência crescente entre as enfermeiras nos últimos 10 anos. A taxa de desemprego entre enfermeiras espanholas é, na média, de 2,49% em 2018, variando mais que as taxas de desemprego médico. Dessa forma, seus contratos são mais instáveis que os dos médicos espanhóis. Ademais, observam-se quedas na taxa de desemprego entre as enfermeiras em períodos do ano específicos, especialmente no verão, o que indica o aumento de contratações temporárias para cobertura de vacâncias durante as férias das profissionais em jornadas parciais de trabalho (CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA, 2020).

Contudo, é cada vez mais frequente o recurso deste vínculo de trabalho por um período mais prolongado. Diante do aumento das aposentadorias de profissionais estatutários e a diminuição da realização de concursos públicos para acessar as vagas, o contrato temporário tem sido a principal tendência de ocupação dos postos de trabalho nos serviços públicos, o que também aparece nos dados das profissionais que participaram desta pesquisa. Por outro lado, observam-se, entre as entrevistadas, contratos mais flexíveis (*laboral fijo*), das profissionais que estão vinculadas à organização de direito privado prestadora de serviços na Atenção Primária em uma das unidades pesquisadas na Espanha.

Entretanto, se a resistência dos trabalhadores de saúde na Espanha conseguiu retardar o avanço da mercantilização do sistema de saúde desde o *Informe Abril*, na década de 1990, nas grandes capitais brasileiras, esse modelo, já instaurado há mais de 10 anos sob muitas denúncias de desvios de recursos públicos, avançou rapidamente e demonstra, entre outros

problemas, a precarização do trabalho das enfermeiras nos serviços da Atenção Básica vinculadas às OS (Gráfico 9). Em 2013, foi identificada, entre os profissionais de enfermagem, uma taxa de desemprego de 12% nos últimos 12 meses, indicando a instabilidade do emprego para mais de 182 mil trabalhadoras da categoria no Brasil (MACHADO, 2017).

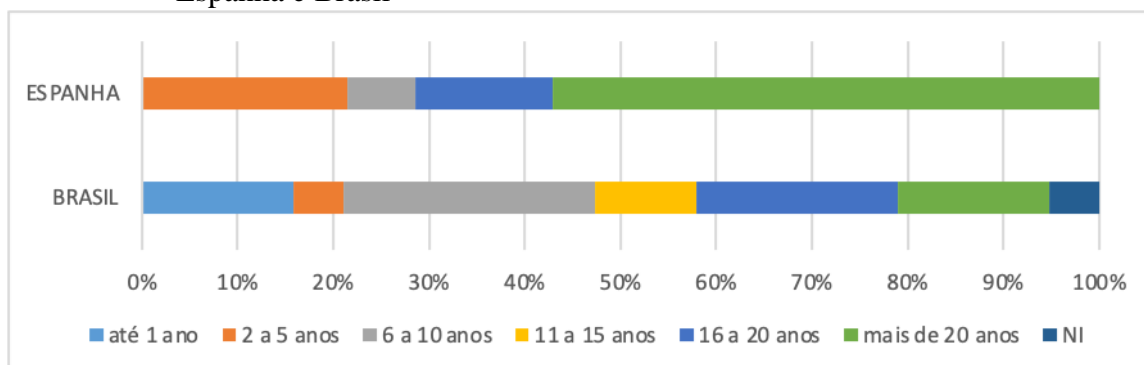
Gráfico 9 – Tipo de vínculos das enfermeiras na Atenção Primária da Espanha e Brasil



Fonte: A autora.

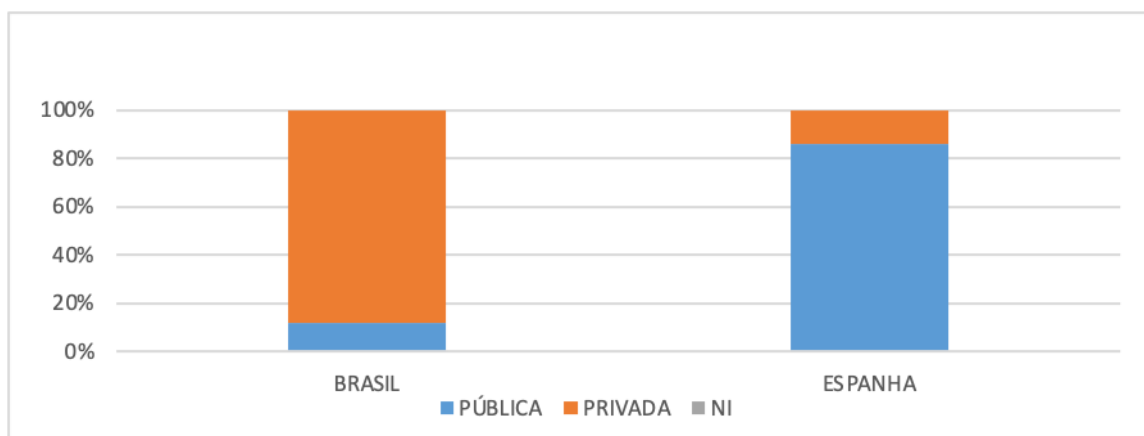
Foram entrevistadas enfermeiras jovens, recém-formadas, provenientes, sobretudo, de instituições privadas de ensino (Gráficos 10 e 11). Nesse sentido, cabe recordar o processo de expansão do ensino superior privado no Brasil durante os governos Lula e Dilma, fortalecendo as instituições privadas de ensino superior, com oferta de vagas por meio do crédito estudantil, em detrimento do investimento nas universidades públicas. O acesso às instituições privadas ocorreu, principalmente, às custas do endividamento das classes populares, com a expectativa de pagamento futuro e remuneração suficiente para pagar o crédito estudantil a partir da entrada no mercado de trabalho. É possível que muitas técnicas/auxiliares de enfermagem tenham entrado no ensino da graduação de enfermagem neste contexto. Como pode ser observado na escolaridade deste segmento da categoria, muitas possuem a qualificação em nível de graduação, mas não obtêm oportunidade de acesso a vagas no mercado de trabalho compatível com sua formação e/ou as vagas ofertadas são ainda mais precárias. Por esse motivo, optam por se manterem nos vínculos estáveis conquistados por meio de concurso público. É o caso das técnicas/auxiliares entrevistadas, cujo tempo de formação desde o ensino médio é alto, considerando o longo tempo de exercício profissional nas unidades em que a pesquisa foi realizada.

Gráfico 10 – Anos de formadas das enfermeiras entrevistadas na Atenção Primária da Espanha e Brasil



Fonte: A autora.

Gráfico 11 – Tipo de instituição de formação enfermeiras na Atenção Primária da Espanha e Brasil

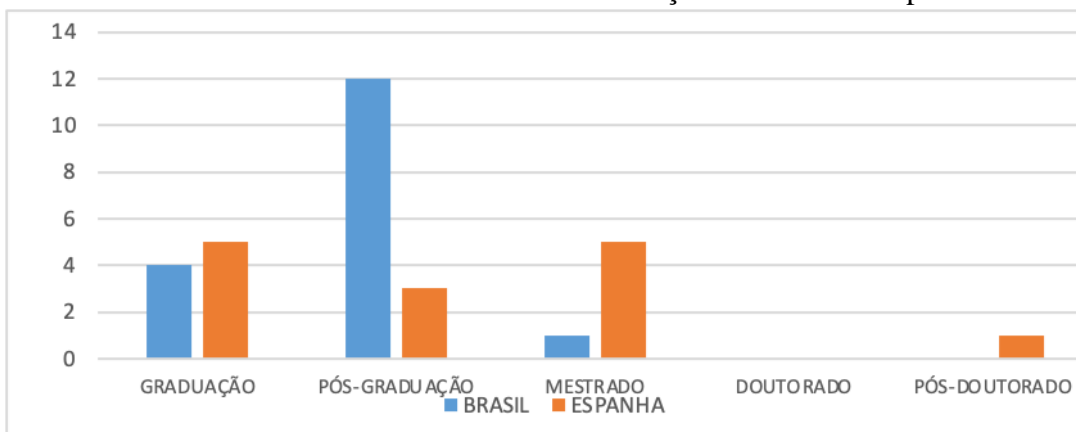


Fonte: A autora.

Em relação à escolaridade (Gráfico 12), na Espanha, as entrevistadas que possuem pós-graduação *stricto sensu* o desenvolveram na área da gestão, seguida da área da Atenção Primária. Quanto às que possuem pós-graduação *lato sensu*, são especialistas em Enfermagem de Família e Comunidade¹⁷⁹. Contudo, observa-se a presença de mais profissionais generalistas entre as enfermeiras espanholas que nas brasileiras. Este resultado pode estar relacionado tanto às vantagens obtidas no processo seletivo de OS para entrada no posto de trabalho, como pela entrada cada vez maior de estudantes recém-formadas nos programas de residência, com o objetivo de acessar alguma fonte de renda, frente à falta de oportunidades no mercado de trabalho.

¹⁷⁹ Os residentes atuantes nas unidades de saúde espanhola são regidos por um estatuto próprio em âmbito nacional que regula a sua relação laboral como trabalhadores em processo de formação. Vide: Real Decreto 1146/2006: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-17498>

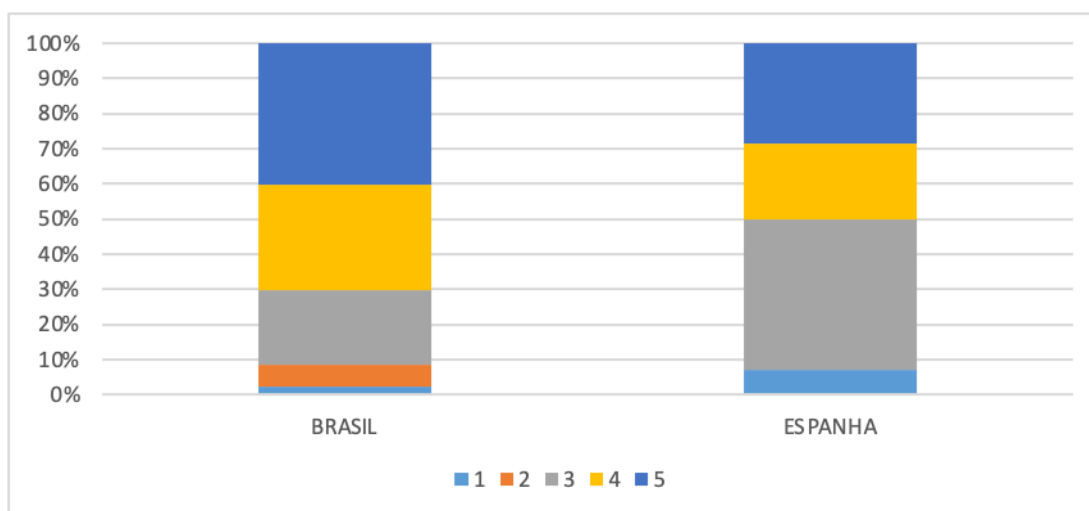
Gráfico 12 – Escolaridade dos enfermeiros na Atenção Primária da Espanha e Brasil



Fonte: A autora.

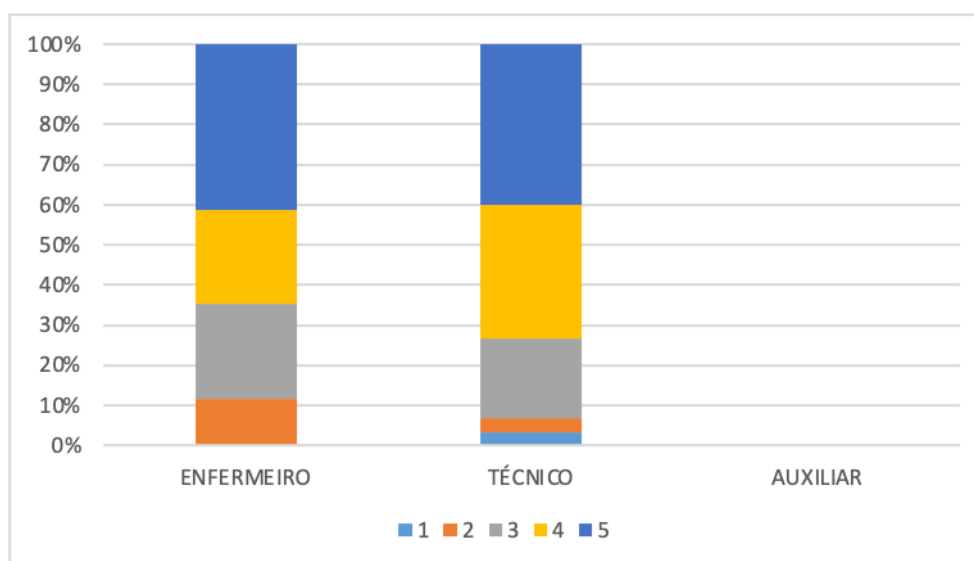
Apesar da extrema precarização do trabalho nas unidades de Saúde da Família no cenário de pesquisa brasileiro, o grau de satisfação com o trabalho na Atenção Primária demonstrou ser maior entre as profissionais brasileiras do que nas espanholas (Gráfico13). Contudo, observa-se que a satisfação entre as técnicas/auxiliares de enfermagem brasileiras é um pouco maior que nas jovens enfermeiras contratadas pela OS (Gráfico 14).

Gráfico 13 – Grau de satisfação com o trabalho na Atenção Primária Espanha e Brasil



Fonte: A autora.

Gráfico 14 – Grau de satisfação com o trabalho na Atenção Primária - Brasil



Fonte: A autora.

4.2 Crise, reestruturação produtiva e processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária à Saúde no Brasil e na Espanha

Entendemos que o *conteúdo* do processo de trabalho é uma prática social orientada a um fim, a partir do uso de instrumentos e ferramentas (meios de produção) e que sua *forma* assalariada é submetida aos interesses de lucro (trabalho produtivo) e/ou de disputas no interior do aparelho do Estado para manutenção da ordem social (trabalho improdutivo): reprodução social da força de trabalho e garantia dos interesses para o coletivo da classe dominante. Assim sendo, ainda que tentemos captar o conteúdo do processo de trabalho, não é possível desarticulá-lo do contexto em que se realiza e dos processos ideológicos que compõem seus saberes e finalidades.

Todavia, entende-se que o objeto do trabalho em saúde existe concretamente no sujeito portador de necessidades concretas, independente da forma que os profissionais irão apreender e interpretá-las, expressas em problemas de saúde, conforme a perspectiva de concepção de saúde e da racionalidade empregada nos serviços para organização do conjunto dos recursos físicos, materiais e de saberes para atender aos problemas de saúde das pessoas.

Mendes-Gonçalves (2017), ao analisar os elementos do processo de trabalho médico, aponta uma determinação externa relacionada à idealização prévia do produto, e interna, de

acordo com as relações sociais e divisão social do trabalho em um dado momento histórico. Parte do pressuposto de que o *objeto de trabalho* “natural”, ao passar pela mediação da consciência, se define de acordo com o projeto que atenda à finalidade pré-concebida e aos instrumentos disponíveis para sua realização pelo profissional de saúde. Segundo Mendes-Gonçalves, (2017, p. 64):

Desprender seu objeto de suas conexões naturais se apresenta pois como o primeiro momento deste trabalho, momento duplamente determinado pela finalidade que o trabalho escolheu e pelos instrumentos que utilizará; o objeto assim desprendido, na medida em que perde sua naturalidade e se conforma ao processo em que entra, se determina então como objeto de trabalho.

No que concerne à categoria analítica do *processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária*, buscou-se investigar e conhecer a percepção sobre os elementos do processo de trabalho da enfermagem neste nível de atenção, considerando a experiência cotidiana dos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Desta forma, abordamos o objeto de trabalho na Atenção Primária *necessidades de saúde* aos instrumentos e finalidades do *cuidado assistencial e cuidado gerencial* dos profissionais de enfermagem. Através desta análise, procurou-se colocar em evidência as experiências, as compreensões e as contradições relacionadas ao processo de trabalho da enfermagem.

Pode-se dizer que a maior parte das entrevistadas no Brasil e na Espanha situa o entendimento das necessidades de saúde na manifestação de problemas de saúde e clínicos, pautados, sobretudo, no paradigma biomédico, isto é: funcionamento adequado ou não do organismo, sintomas de adoecimento, “desequilíbrios” sujeitos a tratamento e cura, por via da medicalização – seja ela realizada pelas enfermeiras seja pelo médico. Segundo Campos e Soares (2013), essa concepção é hegemônica entre as teoristas da enfermagem, entre as décadas de 1960/1970, que sistematizaram o cuidado de enfermagem a partir de conhecimentos da clínica médica, articulados a saberes de outras áreas, como os da psicologia e da sociologia, da escola positivista.

A identificação de necessidades de saúde é referida a partir de parâmetros da normalidade clínica. É identificado como necessidade em saúde o *déficit* entre os parâmetros considerados normais ou desejáveis e os parâmetros ou a condição apresentada pelo usuário do serviço. Portanto, utilizam, preponderantemente, os aspectos da clínica médica, na esteira da compreensão do modelo da História Natural das Doenças, reforçando a biologização de problemas sociais e fomentando a abordagem da saúde descolada dos processos históricos sociais que condicionam e determinam as doenças. Ao perguntarmos sobre o que é a

necessidade de saúde para as profissionais de enfermagem, percebemos os seguintes aspectos na apreensão do objeto de trabalho encarnado nos sujeitos:

1) Carência de acesso a recursos básicos para a reprodução cotidiana dos usuários

Então, a população, a nossa área, ela é muito carente... então, na verdade ela necessita de um todo... e o principal que eu penso é a atenção, o carinho. Porque você às vezes consegue resolver a queixa do usuário com uma conversa. Só em ouvi-lo entendeu? Você ouviu... Acho que ouvir. A falta de atenção é o que esbarra no nosso atendimento. (Tec. Enf. 12 BR)

A necessidade que eu vejo nesses últimos anos, assim, é mais social. [...] grande parte, uma maioria que é relacionado a questões sociais. Enquanto não melhorar a questão social desse indivíduo, as outras não vão melhorar, né. E, assim, muitos usuários eu vejo que vêm na unidade para buscar mesmo apoio com relação a isso. Às vezes não têm nada, nenhum processo de doenças assim começando, eles só querem vir à unidade para tentar ajudar aquela questão social deles... Eu vejo que é uma demanda que realmente tem que melhorar, a questão do social em si. Educação, lazer, moradia, saneamento... isso é o primordial para a gente realmente ter uma saúde de qualidade, né. (Enf. 13 BR)

Hoje, aqui, eu percebo uma precariedade do próprio paciente; por exemplo, na minha área, tem essa parte que não tem saneamento básico, que é uma área que alaga e que fica desleixada pelos governantes e isso tem um grande impacto, a maioria da minha população vive só de bolsa-família, não tem emprego legal, trabalham de forma ilegal, então isso impacta muito, até para a gente poder ter um retorno, né, a gente não consegue mudar isso. (Enf. 16 BR)

Alimentação, saneamento básico... muitas pessoas, porque tem uma equipe aqui, que as meninas falaram que tem gente que mora em casa de madeira, não tem banheiro, não tem esgoto, o esgoto é a céu aberto. ‘Gente, eu não acredito que tem isso... você tem que ir lá ver...’. Então, eles que são os agentes de saúde, eles têm mais essa coisa... Quando chove, alaga e eles perderam tudo... teve família que perdeu tudo, a casa encheu até o teto. Então, assim, tem mais a coisa que é a carência e a infraestrutura mesmo, escolas, saneamento básico, poucas unidades hospitalares, e as que têm não dão conta do número de pessoas, né, que a população cresceu, mas não cresceu o número de hospitais. (Tec. Enf. 29 BR)

En mi caso, donde trabajo en (barrio Madrid), las principales necesidades que yo veo son las desigualdades en salud y todo lo que deriva las desigualdades, ¿vale? El acceso al trabajo, el acceso a una vivienda digna, ¿recursos como pueden ser la luz, el agua... no te parece increíble? (...) todavía considero que el espacio de la vivienda es algo que, y más ahora con la pandemia, lo hemos visto casas con dos habitaciones y siete personas, todo ese tema. Y después en la población anciana la soledad. (Enf. 7 ES)

Nesta acepção sobre as necessidades de saúde, percebe-se que as enfermeiras e técnicas brasileiras apontam com mais frequência as questões que se relacionam ao padrão de reprodução social da população. Ainda que o saber aponte para a questão social como um problema que influencia nas causas de adoecimento, a “causação” da doença é pensada nos termos sistêmicos dos determinantes sociais, fatores que se associam sem se referirem ao conjunto das relações que posicionam os usuários em grupos e segmentos de classe social com padrões diferenciados de adoecimento.

Por outro lado, observa-se que a “questão social” é menos citada como principal fonte dos problemas de saúde dos usuários na Espanha, salvo um dos entrevistados, que aponta a realidade socioeconômica de moradia e das desigualdades de um bairro de trabalhadores no grande centro urbano de Madri, as demais participantes sinalizam dificuldades que se relacionam à desinformação e desconhecimento sobre a situação de saúde e cuidados a serem tomados pelos próprios usuários no processo de construção da sua autonomia.

Para a realidade brasileira, especialmente nas áreas de maior precarização das condições de trabalho e de vida, as necessidades de saúde relacionadas ao padrão de reprodução social da força de trabalho nestes territórios é um problema central na apreensão do objeto de trabalho das enfermeiras e técnicas/auxiliares de enfermagem. Ademais, mesmo que a capacidade de intervenção nesta realidade esteja limitada por outras demandas de trabalho que veremos adiante, o reconhecimento da questão social na saúde é parte fundamental na apreensão do objeto de trabalho da enfermagem brasileira para planejar os cuidados individuais, familiares e comunitários.

As teorias que proporcionam o aporte conceitual para apreender a dinâmica do processo saúde-doença de acordo com o contexto da reprodução social na área estão relacionadas ao legado da Medicina Social Latino-Americana e Saúde Coletiva brasileira, especialmente por meio do reconhecimento dos padrões de desgaste no processo de trabalho dos usuários de Asa Cristina Laurell e pelo uso da Epidemiologia Crítica de Jaime Breilh (tríplice iniquidade em saúde e o perfil de reprodução social dos grupos sociais), incorporados à Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC).

De acordo com Campos e Soares (2013), este instrumento de trabalho invoca o reconhecimento mais amplo das necessidades de saúde articuladas à totalidade social e aponta para a proposta de um projeto de participação popular. O projeto de participação tem em vista a luta pelo direito universal à saúde, para aumento da presença de recursos sociais nos territórios e por melhorias nas condições de vida e saúde.

2) Falta de informações e conhecimentos em saúde, déficit de autocuidado

Eu acho que a população em si ela é muito carente de informação e eu vejo que muitas pessoas não se cuidam da forma que a gente orienta... É diabéticos, hipertensos... eu vejo que eles não ... quando a pessoa recebe diagnóstico, as pessoas ficam desesperadas ... E assim é a alimentação, exercício físico, isso tudo pode mudar e as pessoas acabam que ficam com uma mente muito fechada em relação a isso e acha que só a medicação tem que resolver e não é assim que funciona, né... tem atividade física, tem alimentação que ajuda aí muito, né. (Tec. Enf. 14 BR)

A população com muita vulnerabilidade, pacientes carentes de informação, de atendimento, de promoção de saúde... A gente vê um grande desmonte em relação à

saúde da família. Então eu acho que hoje falta muito de promoção de saúde e prevenção... (Enf. 15 BR)

A população está precisando de muita coisa né... Iniciando pela educação, até para ela poder ter um entendimento, né, das coisas da vida, da sua saúde, do seu corpo é... mas, assim, o que eu vejo é que a nossa saúde básica mesmo, é o nosso cuidado básico, né, naquilo que atenção primária cuida... de promover, de proteger, da questão de reabilitar. (Enf. 11 BR)

Las principales necesidades son potenciar los autocuidados de las personas y procurar empoderarlas al máximo para que sean autónomas y puedan llevar su salud al máximo exponente dentro de su contexto, de su situación. (Enf. 5 ES)

Las principales necesidades de salud en este momento yo te diría que las principales necesidades de salud es la alfabetización en salud, la educación es acercar a las personas, la capacidad para buscar información fiable, la capacidad de analizar cuáles son sus necesidades reales todo eso es lo más importante y también pues que reconozcan a la enfermera como un agente de salud. (Enf. 6 ES)

En el caso de las personas que tienen cualquier enfermedad ya sea aguda o crónica pues el control de enfermedad en caso de que sea crónica el saber autogestionar su cuidado como conocer su enfermedad y como tratarla y bueno y también el manejo de la patología un poco más aguda cuando cuando la hay. (Enf. 12 ES)

Nesta acepção do objeto de trabalho, as necessidades são a expressão de uma prática instaurada e ofertada pelos serviços de saúde. A informação e o desconhecimento relacionam-se à capacidade do usuário em adaptar-se às intervenções dos profissionais de saúde, quase sempre frustrados, especialmente em contextos de alta precarização das condições de trabalho e de vida. Ainda que sejam reconhecidos, em alguma medida, os determinantes, centram-se nas manifestações clínicas e “desequilíbrios” do processo saúde-doença, fisiopatológico, para a realização de um cuidado individualizado no modelo biopsicossocial. Ademais, a discussão da autonomia, desvinculada dos processos sociais que a condicionam, associa-se à capacidade de os usuários cuidarem de si, mas, sobretudo, quando vinculada aos preceitos da gestão da clínica, assim como as propostas de transferência de responsabilidades sobre a saúde e de determinados serviços para os próprios usuários. Nesse sentido, tende a reproduzir a demanda por intervenções e medicações que vinculem as necessidades ao acesso a produtos, práticas e intervenções de saúde, isto é, tanto mais comum quando se refere à DCNT.

3) Condições clínicas e principais doenças que aparecem no cotidiano dos serviços

Os adultos geralmente são clínica médica, e mais as outras especialidades que aqui não têm, aí são todas marcadas para fora. E pediatria... são bastante crianças tanto de dentro, quanto de fora. (Tec. Enf. 9 BR)

Lo que ellos piensan que es atención y curas, por más que yo creo que la primera necesidad que hay, pues creo que en la Atención Primaria es la promoción de la salud para precisamente atajar el problema antes, para que no tengan que venir exclusivamente a problema. (Enf. 11 ES)

actualmente, yo creo que lo que mayor peso tiene en Atención Primaria es ... el manejo de la cronicidad, ¿vale? De la atención a la cronicidad. Hoy sabemos que la tendencia actual ahora es personas muy mayores, pluripatológicas que cada vez necesitan de más cuidados, más dependientes también ... Sí, probablemente la atención a la cronicidad y a la dependencia serían los puntos fuertes para hacer es los que vamos... (Enf. 1 ES)

Nesta terceira acepção, tem-se o foco nas demandas individuais que os usuários trazem como portadores de alguma disfunção orgânica, sendo uma forma de apreender o objeto que sobrevaloriza o conhecimento da clínica. Apesar da sua importância nos atendimentos aos usuários, é fundamental reconhecer que o problema ali trazido não representa as necessidades de saúde das pessoas *per se*. Ademais, uma reflexão em torno da captura do nosso tempo de trabalho pela prática médica e seu arcabouço teórico-conceitual, em detrimento da concepção das necessidades de saúde e cuidado, que são, de fato, o objeto do nosso processo de trabalho na enfermagem, pode ser observado ao mantermos a nossa preocupação restrita ao tratamento e intervenções com o foco nas doenças.

Cabe destacar que o modelo de organização do processo de trabalho é voltado para que o trabalho da enfermeira seja uma extensão do trabalho médico. Assim, suas atividades incorporam parte do processo de trabalho médico nas suas tarefas mais simplificadas, que são transferidas para outros profissionais, especialmente para estas profissionais. Assim, as enfermeiras acumulam, para além do seu trabalho de cuidado, parte do processo de trabalho médico no que diz respeito à avaliação clínica de todos os usuários que demandam atendimento médico na unidade por meio da classificação de risco (triagem). Quando apontam as diferenças do que se aprende durante a formação e o que se realiza nas unidades, em verdade, apontam o processo de alienação do seu trabalho específico – o cuidado de enfermagem –, em detrimento da avaliação clínica e subordinada ao médico. Esta subordinação ao diagnóstico de doenças agravos ou “problemas de saúde” (ampliação do diagnóstico médico para a Atenção Primária) amplia a abrangência e escopo da medicalização da vida – para todo “problema de saúde” diagnosticado há uma ação curativa, uma intervenção corretiva ajustadora de desvios funcionais – na ação para manutenção da ordem social e reprodução da força de trabalho. As necessidades sociais de saúde não são um objeto de trabalho para a medicina hegemônica, que busca diagnosticar, tratar e curar nos seus próprios termos. Desse modo, individualizam problemas sociais, mitigam, remedeiam e controlam sintomas e sinais de adoecimento, recuperando a capacidade produtiva (para o capital).

As necessidades de saúde dizem respeito às condições objetivas de vida que impactam em possibilidades desiguais das pessoas adoecerem e viverem em precárias condições. No

limite, ela está relacionada à luta de classes e à possibilidade da classe trabalhadora viver melhor, ampliar a melhoria das suas condições de reprodução e produção da vida. Para nós, no que tange à nossa governabilidade da enfermagem no setor saúde, as necessidades de saúde em sua acepção ampliada são o fulcro do nosso objeto de trabalho, que tem como finalidade oferecer cuidado nos seus termos técnicos científicos, sobretudo valorizando o que é indispensável para qualquer relação humana e mais fundamental ainda na relação terapêutica de saúde: escuta, diálogo, desvelo, acolhimento, apoio e suporte. Essas medidas são cruciais para que as pessoas tenham condições de retomar sua autonomia, conforme seus desejos e parâmetros de qualidade de vida e saúde, bem como fomentam a participação popular e a luta por melhores condições de vida para o conjunto da população na sociedade.

A prática apreende as estruturas de normatividade social, sofrendo adaptações conforme historicidade da profissão e do seu objeto de trabalho em âmbito coletivo, atendendo à *finalidade das necessidades da estrutura produtiva na sociedade de classes e da respectiva consciência do grupo social*. Desta forma, o trabalho em saúde articula-se ao conjunto das práticas sociais que reproduzem a normatividade das estruturas de classe. Sendo assim, tomam como *objeto de trabalho práticas político-ideológicas para a reprodução da sociedade*. Estas adaptações, segundo Mendes-Gonçalves (2017, p. 86, grifo nosso)

[...] melhor são apreendidas, correlatamente, ao nível de relacionamento de conjunto da prática médica com as estruturas de classes. Por essa razão se salientou acima o papel estratégico do estudo das formas de organização da produção dos serviços médicos para a compreensão do reflexo das estruturas de normatividade referentes às classes sociais no projeto terapêutico. Um exemplo entre muitos se pode derivar da mesma ilustração empregada acima: as viroses. Mesmo tendo em conta que o melhor a fazer diante de uma virose, dada a “objetividade” do conhecimento de sua fisiopatologia, é oferecer ao corpo as melhores condições possíveis de defesa para que seu curso se abrevie e não sofra intercorrências, condições que se obtêm com repouso e boa alimentação, **a medicina apreende na prática o significado que essas doenças simples assumem por referência à estrutura de normatividade relativa às classes sociais, no modo de produção capitalista, por exemplo, e opta, nesta mesma prática, por modificar o objeto central da terapêutica, que passa a ser identificado como o “apagamento” mais perfeito possível dos sintomas, de forma tal que, ainda que para o médico a infecção continue existindo, para o seu portador ela não existe mais, pois não se manifesta, e a atividade produtiva não precisa ser interrompida.**

Ao tratarmos dos instrumentos do processo de trabalho da enfermagem, é necessário que sejam considerados os saberes, como meio de produção fundamental para o cuidado de enfermagem. O processo de trabalho necessita de uma aproximação interpretativa e meios para realizar a transformação do objeto e atender à sua finalidade. Neste sentido, os *instrumentos de trabalho* são soluções técnicas adequadas a determinadas formas de

organização social. De acordo com Mendes-Gonçalves (2017), no trabalho em saúde há instrumentos que servem para se apropriar do objeto e outros para efetuar a ação desejada sobre o objeto. O primeiro diz respeito à teoria do objeto (conhecimento/saber da saúde, dimensão intelectual do trabalho), como vimos anteriormente nas necessidades de saúde, e o segundo, uma teoria que permite a sua transformação prática (forma mais imediata, técnica do trabalho, dimensão manual). Ademais, as condições materiais (estrutura) de trabalho necessárias ao processo de trabalho são consideradas um terceiro grupo de instrumentos (MENDES-GONÇALVES, 2017).

O autor aponta que o instrumento é útil à prática médica como meio de adequação das suas funções de trabalho na sociedade. Desta maneira, as características da classe social no objeto são refletidas na prática, conforme sua função social e, conseqüentemente, no saber, isto é, nos instrumentos da profissão.

É necessário acrescentar a esse conhecimento a investigação das formas pelas quais, ao desempenhar e para desempenhar essas funções, cada prática se determina também como parte dessa estrutura social reproduzida. Aí se deve buscar o núcleo de articulação de uma prática qualquer com aquele conjunto estruturado: na articulação entre suas funções “externas” e sua organização “interna”, dado que então é possível compreender como os agentes dessa prática se determinam igualmente como classe social.” (MENDES-GONÇALVES, 2017, p. 110)

O *saber*, que apreende o objeto, trata e baliza a finalidade, é o principal elemento a pôr em movimento o processo de trabalho em saúde. A partir dele, podemos identificar a produção e reprodução das necessidades de saúde e, seguindo o modelo de atenção e modelo de organização dos serviços, é possível apreender a micro e macrodinâmica do processo de trabalho em saúde em determinado modo de sociabilidade histórica. Para Mendes-Gonçalves, (2017), a “tecnologia” do processo de trabalho em saúde, compreendida em um sentido amplo, contempla o saber dos instrumentos que revelam uma modalidade de organização do trabalho e a articulação da prática profissional à totalidade social. A tecnologia são nexos técnicos estabelecidos *dentro e no* processo de trabalho e não num conjunto de instrumentos autônomos e externos ao referido processo como instrumentos em si (MENDES-GONÇALVES, 1994; PEDUZZI, 2003; SCHRAIBER; PEDUZZI, 2008).

Segundo Mendes-Gonçalves (1994) apud Peduzzi (2003), o saber clínico e o epidemiológico fundam, cientificamente, o campo da medicina, permitindo a apreensão do objeto do trabalho médico e configurando as possibilidades de intervenção, a partir de sua dimensão técnica operante. Para compreender a realização do processo de trabalho no

cotidiano, é fundamental identificar estes saberes que o operam. Conforme Peduzzi, (2003, p. 81):

O saber operante, portanto, significa conhecer internamente como se realiza cada ação do trabalho e conhecer o projeto do conjunto de ações realizadas. Note-se que no trabalho há o concurso de diversos saberes, lembrando que os saberes são campos de inscrição de ciências e de outros conhecimentos.

Para Ramos (2014), o saber profissional pressupõe o conhecimento em uso, não se confundindo com o conhecimento científico, nem sua apropriação aplicada na forma de conhecimento técnico. É essencialmente conhecimento em uso na interação entre os sujeitos guiados por uma finalidade; o científico é uma de suas fontes e a outra é a experiência prática dos indivíduos na relação social, conformando uma dualidade epistemológica: ciência e prática. O resultado é a formação de uma cultura profissional em que o critério para validação não é único, qual seja, a eficácia ou coerência (RAMOS, 2014).

Se por um lado as experiências profissionais podem reforçar condutas pragmático-utilitárias, considerando as finalidades esperadas; por outro, pode oportunizar a realização de uma *práxis* ontológica, a partir de uma articulação entre teoria e prática, com deliberações conscientes na sua prática social. “O trabalho, e conseqüentemente o saber profissional, é um processo de transformação prática do conhecimento científico em que os critérios de coerência e eficácia assumem uma tensa relação mediada pela experiência e pela reflexividade profissional visando a resultados concretos.” (RAMOS, 2014, p. 110).

Compreendemos que o saber da enfermagem é constituído pelo conhecimento técnico científico e pelo saber tácito, como dois elementos fundamentais para a produção do cuidado de enfermagem. No contato com os profissionais de enfermagem no Brasil e na Espanha, percebemos os seguintes instrumentos para ação (atividades/práticas) sobre o objeto de trabalho:

- 1) **Escuta ativa, vínculo e acolhimento na relação intersubjetiva** para produção de cuidado e atenção às necessidades integrais, de acordo com o contexto de vida dos usuários.

É um trabalho literalmente holístico, né. Você tem que ver tudo, né... assim, é olhar uma pessoa literalmente como um todo. Ela tem família, ou é mãe, ou é pai, ou é filho, ou é avô, ela é um trabalhador... é quem banca a família ou ela é o que é sustentado. Você tem que olhar como um todo, o tempo inteiro. Enfermagem na saúde da família não dá para atender um membro, só tem que entender o contexto. Não tem jeito. (Enf. 5 BR)

Precisa ser atento é... ter um carinho com o paciente, né... ser atento, acolher ele, sabe ouvir e é basicamente isso mesmo. Você realmente dar uma assistência maior né... ver o lado humano do paciente. (Tec. Enf. 14 BR)

[...] e eu vi o que é uma pessoa é viver em extrema pobreza, e mesmo assim aquela pessoa sorri está agradecida, são pessoas que a gente entrava dentro da casa da pessoa e para ensinar a pessoa a arrumar uma casa, organizar, a como cuidar do filho... Então a rede básica de saúde, eu não eu não ensino só para o paciente; o paciente também me ensina muito. (Tec. Enf. 6 BR)

[...] pelo tempo que eu já tenho, como que eu vou te dizer... só aí a gente às vezes a atenção uma pessoa paciente, só de conversar, às vezes aquilo ali já alivia a pessoa. Pessoa chega cheio disso, daquilo, cheio de problema, você sentou cinco minutinhos com uma pessoa, com o paciente, conversou com ele e deu atenção foi o suficiente para ele... Ele vai embora contente, feliz, até esquece que às vezes não tem médico para atender aqui. (Tec. Enf. 9 BR)

[...] primeiro eu acho que eu tenho que ter um bom acolhimento, uma boa escuta, né. Um acolhimento e uma boa escuta, eu acho que é a principal competência que o enfermeiro da família precisa ter, né. Precisa ter paciência com o paciente, muitas vezes a gente perde, mas a gente precisa... Eu acho que o enfermeiro da saúde da família precisa ter sim uma qualificação, uma especialização em saúde da família, para entender de fato o que é saúde da família, né, porque, assim, muitas vezes as pessoas não têm noção do que é e eu acho que a especialização faz você seguir o caminho correto. (Enf. 6 BR)

Conseguir planejar um atendimento para uma gestante, para uma criança, poder observar realmente o cartão da criança, deficiente... Poder escutar com atenção realmente o que o pai ou a mãe ou aquele paciente tem para te dizer e ter tempo para ver e examinar, ver exames e dar o atendimento adequado para essa paciente. (Enf. 8 BR)

[...] eu gostaria que voltasse àquele sistema de atendimento, que o enfermeiro começasse a ser abordado por seus próprios pacientes, né... que você visse a saúde, a prevenção daquela família da sua área, que você já sabe que é o perfil. (Enf. 9 BR)

[...] a gente tem que ter um perfil muito humanizado, porque muitas vezes as pessoas que chegam para a gente chegam com uma certa carência de atenção, né... principalmente os idosos, a gente tem muito paciente assim, que chega aqui e não tem ninguém em casa e muitas vezes chegam pra gente querendo só conversar ... e aí a gente, sim, tem que dar uma certa atenção... Os responsáveis também quando vêm trazer as crianças, geralmente eles têm muitas dúvidas, porque tem que furar o filho três, quatro vezes, quais são as doenças que essas vacinas protegem, se causa ou não causa autismo... a gente tem que saber se posicionar, falar da maneira correta, explicar, tirar todas as dúvidas... Eu acho que o principal é isso... é ser humanizado, né, porque a gente tem que acolher bastante esses pacientes. (Tec. Enf. 14 BR)

Vínculo. Vínculo e promoção de saúde, acho que é tudo isso interligado para você ter um bom desenvolvimento da sua equipe, uma boa assistência para o teu assistido. Hoje eu acho que é basicamente isso: o vínculo e a promoção de saúde. (Enf. 15 BR)

[...] antigamente eu via que a gente tinha um atendimento do usuário como um todo. A gente não pegava segmentado, a gente olhava, a gente olha o paciente holisticamente, né. Vê ele desde o nascimento, da geração até, né, até ele se tornar uma pessoa idosa. Só que, com essa desconstrução que a gente tem hoje em dia, né, a gente tá perdendo essa continuidade, esse elo, né, essa questão de confiabilidade do usuário com a gente... e isso está se perdendo. (Enf. 17 BR)

É justamente tentar trazer esse paciente para dar continuidade na prevenção, principalmente para que ele não venha adoecer, então, assim, é ter uma... uma afinidade, uma... como é que eu vou te dizer... empatia... é o vínculo para que esse usuário venha a fazer o acompanhamento confiando no profissional que está te atendendo. Essa eu acho que é a maior função, né. (Enf. 17 BR)

[...] eu tento levar um conforto às vezes com medicação, às vezes com palavras... Para mim, é muito importante a gente criar esse vínculo com eles porque eles passam a confiar na gente, e conta coisas que às vezes não contam nem para o parente, então a gente se torna confiante. (Tec. Enf. 24 BR)

(...) siempre procuro que haya una atención holística e integral que creo que son funciones de las que hablábamos antes importantísimas siempre con esta visión de un todo, de ver una persona como un ser biopsicosocial espiritual todo eso queda muy bonito, pero es así. Hay que verle de esta forma y me gusta mí rol, por eso porque yo le veo como un todo, todos sus problemas. (Enf. 5 ES)

(...) lo que haría y siempre que tuviera opción, pues lo primero es empatía con el usuario, con la persona que viene, accesibilidad. Y escucha activa, muy importante. Si viene al Centro demandando algo, yo tengo que escuchar y yo le podré ofertar aquello que tengamos. (TCAE. 1 ES)

(...) tiene que ser una persona con habilidades de comunicación porque tratamos mucho con personas con muchos tenemos que ser capaces hacer una escucha activa y de bueno pues porque a veces incluso hacemos seguimientos de duelo de gente que ha fallecido gente que tiene muchos problemas muy serios ¿no? y creo que una persona como Enfermera Familiar y Comunitaria hacemos un seguimiento de todo ese proceso acompañamos a la persona en su enfermedad o esos problemas sociales del trabajo creo que es muy importante la escucha activa, ser proactiva... (Enf. 8 ES)

2) **O conhecimento técnico sobre os fluxos, contextos e ação no território-processo** como central para desenvolvimento do vínculo com a população e promoção de ações coletivas, intersetoriais e comunitárias para proteção, promoção e vigilância da saúde sobre as necessidades integrais dos usuários.

[...] eu poderia te dizer que realmente é estar presente na vida daquele usuário, é participar realmente, é estar integrado com a sua comunidade, é conhecer o seu território, é fazer parte daquilo... Hoje já não tenho mais essa visão, eu vejo mais que o enfermeiro, ele enxuga muito gelo, apaga incêndio, e, na verdade, ele não consegue fazer o que ele veio proposto a fazer: que é a educação em saúde. (Enf. 13 BR)

[...] eu gostaria de voltar, realmente, a estar dentro do meu território. Eu sinto muita falta disso, de estar integrada ao usuário, de conhecer meu território, de conhecer o dia a dia daquele morador para saber identificar os problemas e os riscos, as vulnerabilidades dele, para que eu possa trabalhar aquilo da melhor maneira possível, como eu fazia antes. Hoje eu já não consigo fazer isso. Isso para mim seria o primordial, eu gostaria de modificar isso. Voltar a trabalhar no meu território, na associação dos moradores, colocar os moradores para conhecerem como funciona a unidade, como funciona as equipes, como funciona a saúde da família, demonstrar para eles isso. (Enf. 13 BR)

[...] tener esta visión comunitaria debe estar no metida en su consulta tomando tensiones haciendo otras cosas y no ver que tiene delante ver cómo es la población en la zona en la que trabaja y trabajar con ellos para aumentar su salud. (Enf. 11 ES)

Lo que nos ha ayudado bastante es el trabajo en la comunidad lo de organizarnos y trabajar con las asociaciones de vecinos y con otros entes en la comunidad nos ha hecho ver por ejemplo el problema de la soledad, el inicio de la pandemia ya empezamos a trabajar en ello con nuestros ciudadanos y por las asociaciones de vecinos, y eso se paró radicalmente en cuanto nos cerraron claro. (Enf. 11 ES)

(...) no se puede decir genéricamente cuales son las necesidades de la población, si antes no has hecho un estudio socio sanitario de la población que tienes asignada a tu centro, eso es vital. Entonces, una vez que conoces la población que tienes asignada, todos los recursos que tiene pueden saber lo que necesita y lo que tu puedes ofertar. (TCAE. 1 ES)

[...] tenemos mucha relación, yo participaba con las trabajadoras sociales, entonces nos reuníamos con las asociaciones de vecinos, eso como cosas que ya eran comunitarias. Hacíamos charlas en los colegios, pues por ejemplo encuestas de nutrición, encuestas al adolescente que era uno de los problemas que nosotros teníamos en barrio no había institutos [escuela nivel medio], entonces era muy difícil captar a esa gente con la problemática que tienen. Entonces hacíamos encuestas y también íbamos a los colegios para saber un poco que sabían sobre sexualidad. Luego, pues con las madres, con los neños [niños] pequeños, todo eso en cuanto actividades que ahora mismo llamaríamos comunitaria. (TCAE. 1 ES)

(...) conocer tu población, echarte a la calle, conocer el barrio, conocer los problemas de salud, ¿vale? Yo creo que también es algo que está ligado con salud pública vale, yo creo que somos el organismo más pequeño de salud pública, el más cercano a la población y que tenemos que ser capaces de extrapolar y de analizar y de estudiar individualmente a nuestros pacientes y sacar conclusiones de necesidades que tiene nuestro barrio, nuestra zona básica de salud, donde trabajemos. Eso es ser una enfermera comunitaria. Mucho más allá de salirte de tu consulta, salir de las cuatro paredes, yo creo que la parte de atención familiar debería ser las mínimas, y que deberíamos estar en la calle con asociaciones, con vecinos y demás. (Enf. 7 ES)

(...) está a pie de calle estar con la ciudadanía y está no se lo atenderá al problema de salud y no tener en cuenta todos los determinantes sociales todo lo que va con esa persona conocer quién es su familia en cómo está su casa si tiene o no problema de accesibilidad es verdad atención comunitaria es conocer toda el ámbito real en el que una persona vive, porque muchas veces en un hospital conocemos solo una pequeña parte del paciente y realmente cuando le conoces estando en el ámbito comunitario en su vida diaria. (Enf. 12 ES)

Y bueno para trabajar con territorio también creo que tiene que tener un poco la mente abierta, porque hay un proceso de interculturalidad que hay que integrar a diferentes personas. En Madrid también, en ese barrio en el que trabajamos [Vallecas], hay mucha población inmigrante, creo que también tiene que conocer un poco esa cultura para poder integrar la y eso pues también es la persona que tiene que hacer un esfuerzo no puede acercarse a ellos. (Enf. 5 ES)

3) O conhecimento técnico relacionado às condições clínicas, sociais e culturais para educação em saúde, prevenção e promoção da adesão aos tratamentos e planos terapêuticos do campo biomédico, promovendo a autonomia e o autocuidado, de acordo com o contexto de vida dos usuários.

É de você chamar o paciente, por exemplo, esse paciente vindo ali agora, que falou comigo, eu descobri a diabetes dele... Ele chegou aqui passando mal, eu coloquei dentro da sala, eu verifiquei a pressão dele, fiz o HGT [glicemia capilar] dele, na época estava lá cima... Eu conversei com ele dizendo os prós e os contra, porque você não deve mentir para o paciente. (Tec. Enf. 6 BR)

Antes da criança nascer, você já começa a orientar a mãe. A mãe chega para fazer as vacinas da gestação, aí você orienta que quando a criança nascer para ela ter de vir,

o quanto mais rápido possível para fazer a BCG, se você não fez no hospital... Fazer a coleta do teste do pezinho, orienta quanto ao horário não por mim, nem pela mãe, e sim pelo bebê, porque eu tenho vacinas que dá reação. Então, por exemplo, disso é a pentavalente, que se der reação e ela não conseguia baixar essa temperatura, ou tiver edema num vasto lateral esquerdo, a gente orienta que traga para a gente, para que a gente possa passar pelo pediatra, um pediatra orienta mais se tiver que entrar com alguma medicação entrar com a medicação. **Na sala de procedimento, as orientações é quanto à coleta de exames, que, na minha opinião, não é só uma coleta. Você tem que orientar o paciente, porque ele acha que só em fazer os testes rápidos, ele está cuidando da saúde dele. E na minha opinião eles não estão cuidando da saúde, porque se ele cuidasse da saúde, ele não teria essa necessidade de vir aqui.** (Tec. Enf. 6 BR)

Eu tiro pela minha família, tem gente na minha família que é diabético e só com alimentação, ela não toma a medicação, porque ela mudou totalmente os hábitos alimentares... Então, assim, as pessoas, ao invés de ter uma educação, elas não têm... educação que eu falo em relação a isso, né, de conhecimento. As pessoas acho que é porque é diabética que ela vai morrer com aquilo, e não. Se ela se cuidar, se ela mudar alimentação, fazer exercício físico, ela consegue ter uma vida supertranquila... então acho que, assim, se a gente conseguisse educar a população, eu acho que seria melhor em relação a isso. (Tec. Enf. 14 BR)

Então a gente trabalhar com o autocuidado, promover saúde... eu acho que isso é uma das necessidades maiores para que esse paciente não complique e não precise estar indo para outras instâncias naquilo que ela tem na saúde. Então melhorar a qualidade de vida, né, esporte, educação, lazer, tudo que a gente tem desse conceito na nossa saúde. (Enf. 11 BR)

Ele tem que ser humano, ele tem que ser... ele tem que sentir o que aquele paciente está trazendo para você. Ele tem que ter uma comunicação que seja de fácil acessibilidade para ele no entendimento, ele precisa entender de educação popular, né... E são assim habilidades, que no meu pensamento são simples, mas ao mesmo tempo complexas, né, porque cada ser humano tem a sua formação, tem a sua constituição. E lidar com outro, se você não consegue chegar no outro naquilo que você está fazendo, prestando aquele cuidado, orientando no que for, não vai fazer sentido para ele. Não faz sentido... E se não fizer esse sentido, você pode ser ótima tecnicamente, tratar uma hipertensão maravilhosamente, mas esse paciente não vai conseguir entender o que você está falando e ele vai voltar com a pressão alta novamente. Então eu acho que essa humanidade, sabe... É esse lidar, essa educação popular que eu acho que as pessoas precisam ter, sabe, no seu dia a dia. (Enf. 11 BR)

Entonces pienso que una enfermera comunitaria además de tener todos esos conocimientos de los que hemos hablado antes, tiene también que conocer muy bien este perfil de cronicidad que es cada vez más prevalente y son el gran grupo que ocupa la atención primaria y debemos evolucionar un poco hacia el abordaje de la complejidad que se está generando y de los cambios sociodemográficos de la pirámide que estamos viviendo. (Enf. 5 ES)

(...) las personas venían al centro de salud a tomarse la tensión cada semana, entonces se ponían en la puerta se tomaban la tensión y se iban. Entonces yo pensé que eso no era lo que lo más aconsejable, porque ellas no cambiaban sus hábitos, entonces lo que hice fui al barrio, salí a la comunidad y busque a ver que recursos teníamos y la Asociación de Vecinos de ese barrio me presto su local. Entonces los primeros jueves de mes lo que hacíamos era, bueno, en general eran personas bastantes mayores, por encima de 60, 80 y 80 y muchos años. Entonces se hacía una pequeña presentación buscando la implicación de los que venían sobre hábitos saludables, ejercicios, alimentación, relaciones sociales, y de barrio, era una pequeña presentación que todavía conservo. (Enf. 6 ES)

Pues quizá no bueno en Atención Primaria a veces nos hemos centrado en ciertas cosas como el control de tensión y factores de riesgo cardiovascular, nos hemos centrado mucho en nivel individual y se está viendo que no es lo más eficiente que podría ser. (Enf. 12 ES)

(...) hacemos desde consulta seguimiento a un paciente crónico seguimiento de los pacientes de hipertensos diabéticos con EPOC es decir controlar los factores de riesgo cardiovascular también hacemos seguimiento por ejemplo de pérdida de peso o de mejora de la dieta de deshabitación tabáquica, qué es para que dejen de fumar o para que dejen también de beber alcohol. (Enf. 8 ES)

4) **Gestão do cuidado junto aos usuários, familiares e comunidades para promoção da integralidade da atenção vinculada ao trabalho coletivo da equipe.**

[...] eu acho que o enfermeiro é quem conduz a equipe. É quem realmente mantém esse elo do paciente com a equipe, ele que sabe toda a história daquela família. E, assim, eu acho que é ele que está permeando ali todas as linhas de cuidado, entendeu? Eu acho que é muito importante o enfermeiro na equipe. (Enf. 12 BR)

[...] a equipe integrada sempre, porque aí a gente vai ter um *feedback* positivo, a gente vai conseguir dar uma resposta positiva para aquele usuário, conseguir solucionar aquele problema que possa ser resolvido da unidade. Se não pode, a gente encaminha, infelizmente, mas infelizmente pelo fato de você não ter uma resposta positiva, não pelo fato dele ser encaminhado, mas, assim, profissionalmente, a equipe integrada. (Enf. 13 BR)

Y me encargo de ejercer como figura referente de pacientes crónico-complejos que se derivan o que detecto yo en la comunidad. Y también sirvo de enlace entre el hospital y las zonas básicas de salud, los equipos de atención primaria. (Enf. 5 ES)

5) **Conhecimento técnico relacionado à execução, prevenção de riscos e segurança no ambiente de trabalho para realização de procedimentos, gerenciamento de insumos e organização dos serviços de saúde.**

Gestión de residuos, es un proceso que me parece muy importante, parece que no tiene importancia, pero a mi me parece que entra luego algo de la seguridad del profesional, del paciente, por ejemplo, porque ahí llevamos una ponencia... responsable de la gestión del almacén, la llevamos. En casi todos los centros, eso quién llevamos son técnicos, pedidos de almacén, pedidos urgentes, pedidos especiales, pedidos nominativos, todo: de oxígeno, de nitrógeno, todas esas cosas también. Por supuesto responsable de esterilización la llevamos también los técnicos. (TCAE. 1 ES)

Explicación de pruebas complementarias, pues yo que sé, cómo recorrer una muestra de orina, recorrer heces como lo tenía que hacer el paciente. Cómo se tiene que preparar para colonoscopias, gastroscopias, todas esas cosas las explicaba yo también. Y eso en cuanto a consulta, de todo tipo, entrega de material de todo tipo. (TCAE. 1 ES)

6) **Conhecimento técnico relacionado à administração científica para atuação nos processos de gestão e gerenciamento do trabalho e dos serviços de saúde.**

A gestão estando junto conhece o trabalho, sabe da necessidade, entendeu? E busca resolver os problemas, as situações que acontecem no dia a dia, com apoio da coordenação. (Tec. Enf. 12 BR)

[...] acho que tem que ter um gestor, tem que ter alguém para estar sinalizando para você a meta que você precisa atingir, como fazer para atingir isso, né, então a gente já fornece pra eles, né... (Enf. 12 BR)

[...] precisa colher tantos preventivos nesse mês, então vamos correr atrás disso, montar estratégias junto com eles, para que eles consigam atingir essas metas pactuadas pelo contrato de gestão, né. Então eu acho que é fundamental ter alguém pra ajudar, para orientar. (Enf. 12 BR)

(...) impacto em resultados melhores, em alcance das metas, dos indicadores propostos, né... porque se você tem uma equipe que se organiza, né, que principalmente planeja suas ações, que consiga sentar, planejar, pensar, programar aquele território ali, né pra assistência, ele vai alcançar resultados melhores... acho que é isso que vai impactar. (Enf. 11 BR)

(...) me encargo un poco de coordinar la atención continuada del departamento. Entonces mi trabajo influye sobre el trabajo de las enfermeras comunitaria en que soy como un enfermero referente de ciertas personas que tiene muchas necesidades por su pluripatología y lo que hago un poco es contactar con sus enfermeras comunitarias para asegurarme de que esa persona tiene un apoyo suficiente en la comunidad vale sirvo un poco como de supervisor clínico de estas personas es un poco lo que hago y bueno ellas también contactan conmigo cuando requieren alguna solución de algún problema hospitalario también recurre a mi, recurrimos de forma reciproca. (Enf. 5 ES)

7) Ações relacionadas às **atribuições pré-determinadas pelas políticas de saúde como instrumento e finalidade em si do processo de trabalho em saúde** para execução de tarefas, nos termos da divisão técnica e social do trabalho em saúde.

[...] a gente tem planilha, a gente tem uma série de demandas que a gente tem que preencher dados. Dados numéricos mesmo que são cobrados pela gestão e a gente precisa mostrar... número de crianças vacinadas, número de crianças acompanhadas, primeira consulta de pré-natal até 12 semanas... tudo isso são dados estatísticos que têm de ser cumprido... e alguém manda, alguém obedece e alguém fiscaliza. (Enf. 5 BR)

[...] é coleta de sangue, vacina, ECG, é a medicação geral: é soro, hidratação... pressão, teste rápido, é TIG [teste de gravidez] curativo.... às vezes tem que fazer ir visita domiciliar para fazer curativo, coleta de sangue... reunião de equipe... (Tec. Enf. 13 BR)

A gente faz, o enfermeiro faz a parte da triagem, a gente prescreve medicação no sentido da saúde da mulher, né, então a gente faz a parte de pré-natal, puericultura, parte ginecológica, né, de saúde da mulher... é hipertensão e diabetes também a gente faz o acompanhamento... acho que é isso basicamente. (Enf. 14 BR)

As consultas que cabe ao enfermeiro, de pré-natal, hipertensão, diabetes, hanseníase, tuberculose e os protocolos, só. (Enf. 16 BR)

Atendimentos de puericultura, pré-natal, preventivo, acompanhamento de hipertensão e diabetes... E hoje a gente faz esse acolhimento diferenciado aqui na frente, né. Faz tipo uma triagem, que não é triagem, é um acolhimento, né. E a gente vê demanda livre de cada usuário. (Enf. 17 BR)

Primeiramente muitas informações, todo dia, toda hora. Aplicações de medicações, tanto injeção muscular, endovenosa, subcutânea, verificação de pressões, verificações de taxa de glicose, peso e medida, hidratação direto... é isso, curativos também se for necessário, retirada de pontos... (Tec. Enf. 23 BR)

Atualmente, eu estou trabalhando na clínica médica, atendendo verificação de pressão e fazemos nebulização, colocamos paciente no repouso, fazemos umas medicações, aferimos pressão, HGT. Mas fora disso, eu sei trabalhar em todos os setores que têm no posto. (Tec. Enf. 28 BR)

EPSs [educación para salud] constantes, curas, vendajes. (Enf. 11 ES)

[...] hacemos las consultas de... para pacientes crónicos. E luego a parte hacemos las extracciones en domicilio, la visita domiciliaria, e... vamos a la comunidad, a colegios o asociaciones a intentar generar un poquito de... salud haciendo charlas, en los colegios, en las comunidades... (Enf. 2 ES)

(...) actualmente creo que nuestro papel es prácticamente de explicar lo que nos dicen de arriba que transmitamos abajo y organizar los que nos mandan los de arriba organizar, tenemos muy poco margen para gestionar, aunque a veces lo hacemos sin preguntar. (Enf. 11 ES)

Os instrumentos de trabalho da enfermagem são comuns uma vez que o aspecto central da atuação das enfermeiras e técnicas/auxiliares de enfermagem no Brasil e na Espanha recorrem, sobretudo, ao saber da interação relacional para captar e atuar sobre as necessidades de saúde dos usuários. Independente da atividade que será realizada, o cerne do saber da enfermagem na Atenção Primária reside nos processos de acolhimento, escuta ativa e vínculo para o cuidado integral aos usuários. No entanto, não se resume à interação individual nos atendimentos em consultório, considerando que, pela própria origem histórica da Enfermeira de Família e Comunidade e pelo olhar ampliado (“holístico”) para processo saúde-doença, o acesso ao contexto de vida (social, cultural, familiar) é elementar para a atenção às necessidades de saúde destes usuários. Neste sentido, o processo de trabalho da enfermagem centra-se nas necessidades de saúde individuais e coletivas, considerando dialeticamente estas dimensões da produção de cuidado no âmbito individual/familiar e da produção social da saúde nos territórios. A síntese destas duas dimensões constitui a abordagem específica às necessidades de saúde dos usuários pelas enfermeiras e técnicas/auxiliares de enfermagem. Agrega-se a esta síntese a abordagem da gestão do cuidado junto às equipes e usuários, assim como a gerência na organização do trabalho dos profissionais de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), da unidade de saúde como um todo, no caso da gerência dos serviços, e na gestão das políticas de saúde no âmbito central das secretarias e departamentos de saúde.

No entanto, os instrumentos específicos da categoria para transformação deste objeto são dificilmente aplicados no cotidiano dos serviços, implicando a percepção mais comum das

atribuições (tarefas) pré-definidas nas políticas e/ou serviços como os instrumentos e a finalidade em si do seu processo de trabalho. As respostas das entrevistadas apontam algumas pistas para compreender as dificuldades: 1) a forma de organização do trabalho nas unidades de saúde; 2) a atuação “centrada na pessoa” (para adaptação das prescrições e planos terapêuticos à condição clínica; e 3) a divisão técnica e social do trabalho em saúde.

Em relação à organização do trabalho nas unidades, a finalidade imediata do processo produtivo dos serviços é um produto quantificável, seja no número de procedimentos, intervenções, consultas e atos de saúde descritos na “Carteira de Serviços” seja no atendimento aos “itens” e indicadores pactuados nos contratos de gestão, nas diferentes instâncias da gestão pública, direta ou indireta. As metas numéricas nesse contexto são tomadas como finalidade em si dos serviços. No entanto, suas decisões são alheias tanto aos profissionais como aos usuários, considerando que não há um processo participativo e democrático na discussão e pactuação dos objetivos da atenção à saúde, e menos ainda da análise concreta das necessidades de saúde dos usuários e do contexto específico do local em que serão aplicadas. Contudo, o problema em si não são as metas quantificáveis, mas a sua utilização para medida apenas do mínimo essencial que, em condições de trabalho suficientes, poderiam contribuir na melhoria dos indicadores de saúde, apesar do seu difícil logro no contexto de extrema precarização da vida dos usuários, tal como no cenário brasileiro.

Desta forma, os serviços de saúde organizam suas atividades para atingir o máximo de produtividade, com base em metas mínimas indispensáveis, em um contexto de diminuição de profissionais e de recursos orçamentários para os sistemas de saúde. Ademais, há que se considerar que a organização do trabalho nas unidades, neste contexto, volta-se, fundamentalmente, para resultados imediatos calcados em padrões de normatividade estabelecidos historicamente pela prática social médica. Portanto, visa, sobretudo, curar e tratar “desequilíbrios” para a manutenção da capacidade produtiva da força de trabalho dos usuários.

Não obstante, em tempos de financeirização da política de saúde, a finalidade não se restringe à manutenção da força de trabalho, sendo esta, em realidade, um “valor acessório” do produto do processo de trabalho em saúde. Através das diversas formas de mercantilização dos serviços públicos de saúde, importa mais o quanto será produzido, de acordo com o que foi contratado e precificado nos contratos de gestão, considerando a ampla concorrência de “empresas sociais” para a prestação de serviços no setor público.

Neste seguimento, pode-se compreender o foco na atuação clínica impregnado nas demandas e ações dos serviços que se voltam, sobretudo, para a atenção às condições de

adoecimento por doenças crônicas e, cada vez mais, por quadros agudos no processo saúde-doença. Diante da restrição orçamentária imposta ao financiamento dos sistemas de saúde, aliada ao agravamento das condições objetivas de vida e intensidade da exploração da força de trabalho, a “demanda” de atendimentos para tratamento e cura nos serviços de saúde é exponencialmente aumentada. O processo é mais penoso no cenário brasileiro, considerando a profunda negação do acesso aos usuários aos direitos sociais e saúde, através da redução do número de recursos assistenciais da saúde, equipes na Atenção Básica e, sobretudo, de profissionais médicos nas unidades.

Na categoria analítica *reestruturação produtiva e trabalho da enfermagem na Atenção Primária*, procuramos captar o movimento dos aspectos externos à organização do trabalho da enfermagem relacionados à *reorganização dos serviços, modelo de gerenciamento* e à *precarização do trabalho* da enfermagem na Atenção Primária.

Diante do aumento da população no território sob a responsabilidade sanitária das equipes de Saúde da Família, visto a diminuição das equipes e da reorganização do trabalho na Atenção Básica do Rio de Janeiro¹⁸⁰, o trabalho transforma-se em uma espécie de triagem, como uma pré-avaliação clínica pelas enfermeiras, que se tornou a principal estratégia de intensificação do trabalho destas profissionais nas unidades.

O uso da adjetivação “centrada na pessoa” para atenção às condições clínicas, antes de corresponder aos cuidados em sua integralidade desprendidos para os usuários, representa uma individualização da assistência aos muitos casos clínicos que surgem para atendimento, oferecendo o máximo de atos e procedimentos possíveis com o máximo de “qualidade”

¹⁸⁰ Após a demissão de profissionais de saúde, com a demissão de equipes inteiras e fechamento de Clínicas de Família em 2017, o município do Rio de Janeiro reorganizou os serviços de Atenção Básica, redimensionando o número de equipes e reconfigurando o processo de trabalho nas unidades, visando aumentar a produtividade através da aplicação do modelo de gerenciamento do trabalho do *lean production* para “otimizar os serviços”. Segundo a Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde (SUBPAV, 2018, p. 1), “A expansão da rede de Atenção Primária à Saúde no município do Rio de Janeiro durante o período 2009 – 2016, através da construção de Clínicas da Família e implantação de Equipes de Saúde da Família, ampliou o acesso à saúde e melhorou o atendimento à população da cidade. Porém, feita de forma desordenada, especialmente no ano de 2016, onde boa parte das equipes foi contratada sem previsão de custeio para os anos seguintes, demonstrou-se não sustentável financeiramente, e não necessariamente justa quanto aos critérios de cobertura geográfica. Além disso, a performance dessas equipes nos anos subsequentes à sua implantação foi heterogênea, havendo unidades e equipes com grande produção de serviços, eventualmente sobrecarregadas, e outras subutilizadas, com baixa performance quantitativa e qualitativa. O resultado global, provavelmente relacionado a estas condições, foi uma dificuldade, ainda presente, em se mostrar impacto em processos e resultados sanitários estratégicos para a cidade, mesmo após um ano e meio do término da implantação. Frente a esta situação e à necessidade de adequação financeira a um orçamento possível de ser realmente executado, previsto no PLOA 2019, evitando assim a inadimplência com compromissos financeiros e contratuais por parte da Prefeitura, iniciou-se um esforço de avaliação de dimensão de serviços e custos operacionais, com o objetivo de identificação de oportunidades de aumento da eficiência da rede de atenção primária do município, visando à melhoria de sua relação custo-benefício, com provável impacto no resultado em saúde e na experiência de atendimento dos usuários. Utilizando-se conceitos de melhoria da qualidade e otimização de serviços e aplicando a filosofia *Lean* para a gestão de serviços de saúde [...]”.

necessária à satisfação do “cliente”. Quanto mais usuários atendem, melhores os resultados de produtividade, devendo ser em um tempo reduzido, pela pressão das demandas nas unidades que têm suas portas abertas para a escuta de todos que necessitam de atenção ao longo da jornada de trabalho. Frente ao agravamento da situação de saúde da população, essa “porta de entrada” aberta torna-se um “semi pronto-socorro” para atendimentos agudos de todo tipo, realizando parte do trabalho médico de avaliação clínica na entrada dos usuários nas unidades.

Se tomamos o exemplo do município do Rio de Janeiro (modelo elogiado pelo Banco Mundial e antecessor ao que se busca generalizar na Atenção Básica do país a partir de 2017), a reestruturação produtiva do trabalho dos serviços, temos a sua mais crua e nua manifestação de reorganização das “empresas sociais”, com vistas ao ganho de produtividade a partir da intensificação do trabalho das equipes, que, em realidade, recai sobre os ombros das enfermeiras na Atenção Básica. Vejamos a proposta, construída por equipes de engenheiros de produção, que se aplicou a partir do ano de 2018 no município:

A necessidade de melhoria nos serviços de saúde em relação aos custos, velocidade, qualidade do atendimento, segurança do paciente e erros médicos é uma realidade aceita e reconhecida pelos gestores. Na tentativa de melhorar estes serviços, organizações cada vez mais vêm procurando formas alternativas de reduzir os desperdícios. O Lean é uma das estratégias de melhoria de desempenho e requer respeito pelas pessoas, melhoria contínua, visão de longo prazo, um nível de paciência e foco nos processos. Ainda, **os princípios Lean visam gerenciar e melhorar os processos de construção com custo mínimo e valor máximo considerando as necessidades dos usuários.** O aspecto mais desafiador para alcançar a excelência operacional, no entanto, ainda é o fator humano. A aplicação do conceito Lean em serviços de saúde implica capacitar os profissionais da saúde a melhorar seu trabalho enquanto o realizam. A implementação da filosofia Lean depende em grande parte da aprendizagem da equipe envolvida e do conhecimento gerado, ou seja, a criação de conhecimento medirá o impacto e a eficácia das ferramentas, métodos e técnicas enxutas. **Nesse processo de desenvolvimento *on the job*, os colaboradores da saúde aprendem seus papéis e funções de trabalho e aumentam suas capacidades e habilidades através da tentativa de executar responsabilidades designadas.** E é aí que as lideranças precisam ter a responsabilidade básica para o desenvolvimento do colaborador. Elas são responsáveis pelos resultados da unidade e devem ter o interesse direto em treinar e orientar os colaboradores. A implantação do Lean depende de equipes multidisciplinares, já que muitos processos envolvem diferentes setores das unidades. Além disso, a melhoria contínua se faz mais efetiva quando há um fluxo maior de ideias. A visão de grupo, de time, é necessária para estruturar o desenvolvimento dos processos, de maneira a não perder o foco. Além disso, quando os problemas aparecerem, o sentimento de equipe pode contribuir para evitar a personalização de culpas, dissolvendo responsabilidades no grupo. Neste contexto, **buscou-se configurar o capital humano neste redesenho da Atenção Primária de forma que se otimizasse as atividades nucleares dos profissionais de saúde da família. Atividades ou funções consideradas de alto contato com o público como registro, imunização e procedimentos foram contempladas com equipes dedicadas para que pudesse atingir dois principais objetivos: uma resposta mais efetiva do serviço prestado e a uma desoneração do profissional de saúde da família para que ele se ocupasse seu tempo com suas atividades nucleares.** Assim se estabeleceram equipes de apoio como equipes de enfermagem, de gestão e de apoio operacional que potencializarão os resultados das equipes de saúde da família. **Para permitir o foco no paciente, o redesenho da Atenção Primária**

proposto estabelece uma estrutura organizacional do tipo funcional colaborativa, que agrupa tarefas em áreas de conhecimento. (SUBPAV, 2018 p. 6, grifo nosso)

É importante considerar todos os elementos tratados até então sobre a crise estrutural do capitalismo e a “incontrolabilidade” expansiva do capital para serviços que são tão essenciais para um mínimo de condições de sustentação da sobrevivência dos usuários, como a saúde. Como apontado anteriormente, a manutenção da reprodução da força de trabalho torna-se não uma finalidade da intervenção estatal, mas um apêndice do valor de troca empregado na compra e venda destes serviços, levando ao limite a premissa do capital em destruir tudo o que é mais caro às necessidades humanas, contraditoriamente considerando-a como uma espécie de camuflagem do seu verdadeiro interesse: produção de lucro. Nas palavras de Mészáros (2011a, p. 255), a mercantilização de todos os elementos indispensáveis à vida e à degradação da natureza ou dor social não tem qualquer significado para o sistema do capital:

Não se deve permitir que motivações “sentimentais” relativas à saúde – e até à simples sobrevivência – dos seres humanos perturbem ou interrompam os “processos de tomada realista de decisão” orientados para os mercados. O ritmo e a recalcitrância espontâneos da natureza já não são desculpas convincentes para justificar as condições de vida de milhões e milhões de pessoas que sucumbiram à miséria nas últimas décadas e continuam a perecer ainda hoje pela mesma causa.

Ao visar a eliminação de atividades que não sejam “nucleares” do processo de trabalho das equipes, a reorganização da Atenção Primária busca eliminar, de fato, qualquer possibilidade do uso dos instrumentos tão fundamentais ao cuidado em saúde, ao seu “valor de uso” e, ao fim e ao cabo, a vida das pessoas como prioridade na atenção à saúde. Ademais, as suas trabalhadoras, especialmente as enfermeiras e técnicas/auxiliares de enfermagem, são submetidas a um processo desumano e devastador para sua própria saúde, ao aliená-las da essencialidade da sua atuação profissional, ao não se reconhecer como agente de produção de cuidado nos serviços e ao submetê-las ao risco agregado na negligência de aspectos centrais no acompanhamento e na ação sobre as necessidades de saúde dos usuários. Neste sentido, o fulcro da crise estrutural no momento predominante do capitalismo neoliberal tem uma manifestação muito concreta nos processos de trabalho intensificados nos serviços de saúde a partir da restrição orçamentária para financiamento das políticas sociais e reestruturação produtiva empregada por meio das Reformas Administrativas do Estado, para a transferência de valores produzidos pela classe trabalhadora acumulados no fundo público através do pagamento da dívida pública.

A intensificação do trabalho, segundo a discussão marxista, refere-se ao exato processo aplicado à essa medida de reorganização dos serviços de Atenção Básica, qual seja a elevação do esforço, o preenchimento de todos os “poros” do tempo de trabalho e o maior dispêndio de trabalho no mesmo tempo (MARX, 2017). É dessa maneira que o capital retoma suas taxas de lucro, diante dos limites impostos aos mínimos de regulação trabalhista para a extensão da jornada de trabalho. Entretanto, à medida que os serviços de saúde são mercantilizados, com a participação do capital financeiro, o retorno dos investimentos de seus acionistas se dá a partir do drástico corte de custos com materiais e equipamentos no cenário da realização do processo produtivo e aprofundamento da exploração da força de trabalho nas “empresas sociais”, “capital funcionante” (FONTES, 2018). Isso é possível diante da desregulamentação e flexibilização do trabalho, que, em países periféricos como o Brasil, se realiza pela terceirização irrestrita e precarização estrutural do trabalho, como aponta Ricardo Antunes (2018).

Estes aspectos de precarização do trabalho manifestam-se no processo de trabalho da enfermagem na Espanha e, de forma muito mais intensa no Brasil, a partir da flexibilização dos vínculos de trabalho, redução da remuneração, aumento da rotatividade e das jornadas de trabalho e “extralimitação das mulheres”, considerando a composição majoritariamente feminina da força de trabalho da enfermagem e suas respectivas duplas, triplas jornadas. Iniciemos pela realidade da precarização espanhola, com maior incidência nas falas das enfermeiras do cenário madrilenho:

Depende de cada Comunidad, por ejemplo, esta Madrid donde las interinidades [puesto de trabajo, para cubrir una baja de tiempo más largo, un trabajo temporal alargado] por día son de días por no decirte horas y otras Comunidades en las que el trabajo esta más estable y también hay una mejor remuneración económica, pero eso claro que tiene que cambiar es necesario. En los últimos 10 años ha cambiado para peor. (Enf. 6 ES)

Yo lo que creo también es que hay un factor femenino en la población que hace que seamos mujeres, y que está muy vinculado todo nuestro desarrollo a este hecho. Y eso es un tema a parte. Y entonces ha pasado en la crisis con las investigadoras del más alto nivel que ellas han publicado menos que los hombres de su mismo nivel y de su misma categoría, estamos hablando de investigadores de primer nivel. Si eso sucede con ellas, ¿que no va a suceder con las enfermeras? Que están en el ámbito de cuidar a todos en su casa, en el Centro de trabajo, pues... (Enf. 6 ES)

(...) entonces ya soy suplente y siempre he sido suplente a estos 3 años y medio, y es difícil. La verdad es que tenía sueldo en estos últimos contratos, pero al resto no. Entonces, cuando vienes a una consulta que no conoces, y que sabes que mañana vas a estar en otra, es muy difícil el seguimiento, conocer al paciente, por mucho que te leas, es muy difícil poder seguir y sobre todo los pacientes que al final no te pueden coger esa confianza que necesita la primaria de contarte su vida y contarte su experiencia... Entonces es muy difícil con contratos de suplencias, cómo estamos teniendo y de mucho cuando quiero y nunca tenemos algo fijo claro. Por lo menos

contratos de 6 meses que sepas que puedes hacer un proyecto y que no vayas a salir... Esto es muy difícil en Atención Primaria. (Enf. 11 ES)

(...) la economía es la base de todo, entonces a nivel de salud se ve muchísimo como está marcado, cuando quieren tirarse a lo privado, quieren tirarse hacia al público. Entonces sí un papiro que te lo das en privado, porque lo público... o sea, mucha cantidad de espera, los pacientes vienen mucho más tarde y hay menos enfermeras para atenderle y las que hay están quemadas, porque hay mucha atención. Entonces, si no pones dinero en la sanidad, es que no puedes tener buena salud. Porque es imposible que es imposible, no hay enfermeras para atender, no se pueden crear grupos, entonces es un problema claro. (Enf. 11 ES)

(...) para que sea eficaz, aparte de que evidentemente todos queremos un contrato, yo veo que en general cuanto más largo es un contrato, lo digo porque ahora como los contratos son eventuales, hasta de días, pues igual la gente se implica menos, se motiva menos. Porque es que no te da tiempo de tener ilusión. Ni a conocer el trabajo y estar dos días, no tienes tiempo, ni puedes hacer un plan de trabajo, porque se va a estar 2 días no puedes. Entonces, eso desmotiva. La eventualidad en el trabajo es una condición que va en contra de que puedas. (TCAE. 1 ES)

(...) la dotación presupuestaria, cada vez es menor. Menos competencias para la Atención Primaria, eso está claro donde trabajo yo en Madrid. La atención primaria también por una parte por la comodidad de los profesionales cada vez tener competencias, en atención primaria en Madrid nos hacen guardias, ahí estamos perdiendo una atención, o sea los que pierden son los usuarios que, si tienen alguna urgencia tinta subir al hospital, con lo que eso conlleva, tiempos de espera, el peso de pruebas diagnósticas y demás. Entonces el tema de la de la dotación presupuestaria cada vez es menor y menos competencia vale en Madrid también pues eso se pierde mucho la atención domiciliaria y demás, porque tampoco tenemos una dotación de recurso. (Enf. 7 ES)

(...) yo no tengo esa continuidad tener una continuidad en el mismo puesto laboral porque al final necesitas conocer a tu población necesitas conocer a tus pacientes tus recursos y cuando está un mes en un centro otro mes en otro es muy difícil esa edad y eso es una cosa muy importante incluso para hacer cualquier programa de salud a largo plazo es que mínimo necesitas como un año para programar evaluar y es para mí las cosas que más influyen. (Enf. 12 ES)

(...) dónde va la crisis económica pues las políticas de recortes y de falta de contratación... yo ya llegué atención primaria con un déficit económico y personal que claro yo antes no sabía cómo estaba, pero cuando yo llegué pues eso sobre todo en verano el tema de suplir vacaciones no hay suplentes o no hay dinero para contratar suplentes, a final eso influye en cómo se atiende a las personas, si tienes que atender dos consultas en lugar de una, influye. (Enf. 12 ES)

Entonces creo que hemos tenido siempre un problema de recursos humanos, de falta de personal, de problemas organizativos, lo que te comentaba del tiempo, vamos siempre hasta arriba del tiempo, de recursos materiales también (...) (Enf. 8 ES)

(...) a la sustitución de los permisos de las plantillas, que no hay el mismo porcentaje de cobertura que a lo mejor había en una situación que fuera más económicamente, más más desahogada, el control, la gestión pues de todos los recursos, que debe de hacerse (...) (Enf. 1 ES)

(...) ha afectado en el sentido de que... va muy estresado, nos cogemos más bajas... incluso en el trato con los compañeros también... nos vamos todos más, más estresados y más agobiado de trabajo. En el ambiente también influye, porque siempre hay más roces... más si te coges una baja, ya te miran mal... y todo eso ha influido en nosotros a peor, claro. (Enf. 2 ES)

(...) por cuenta de la crisis nos bajaran los sueldos... Todos los funcionarios 5%. Nos daban dos pagas extraordinarias y nos quitaran una, y que la volvieron al cabo de dos años, nos volvieron la paga de extraordinaria. Pero el 5% que no bajaron del sueldo... de sueldo base ese no ha devuelto nunca. Sí que hemos subido mejor, poquito a poco algo del sueldo, pero lo de 5 % no ha devuelto. Eso fue no solo a los sanitarios, sino a todos los funcionarios. Todos aquellos que dependían de España, de todos los funcionarios públicos ... (Enf. 2 ES)

Este processo de precarização que se manifestou mais agudamente no cenário espanhol entre os anos de 2011 e 2012, se acumularam ao longo dos anos, representando algum alívio a partir de 2018, mas, ainda assim, se encontraram exponenciados durante a pandemia. No Brasil, como veremos na realidade do Rio de Janeiro-RJ, “modelo” de precarização e superexploração do trabalho, foi ainda mais grave.

Na categoria analítica *crise*, buscou-se colocar em evidência os efeitos da restrição do orçamento público a partir das *manifestações na saúde e enfrentamento pela enfermagem, nos sistemas e serviços de Atenção Primária e nas necessidades de saúde dos usuários*, assim como *os recursos para enfrentamento da crise pelos profissionais de enfermagem*.

É importante destacar que houve processos de luta e mobilização das profissionais contra o desmonte e precarização dos serviços durante a vigência da crise. Em se tratando dos movimentos dos profissionais de saúde no município do Rio de Janeiro, o movimento “Nenhum Serviço de Saúde a Menos” foi organizado a partir da articulação entre movimentos sociais em saúde, sindicatos, ativistas em geral, trabalhadores e usuários do SUS, como resposta aos graves ataques no contexto de cortes orçamentários e redução da rede de serviços no município, representando uma força importante de mobilização e lutas contra o desmonte da Atenção Básica entre os anos de 2017 e 2018. A atuação deste movimento, junto ao Fórum de Saúde do Rio de Janeiro e dos sindicatos das diferentes categorias dos profissionais de saúde, incluindo o Sindicato dos Enfermeiros (Sindenf-RJ), nas equipes de Saúde da Família, contribuíram para a realização de greves, mobilizações e ocupações que reverteram algumas medidas de atraso salarial, demissões de profissionais, falta de material nas unidades de saúde a partir da pressão exercida na Defensoria Pública, Ministério Público e Tribunal Regional do Trabalho (SAFFER; MATTOS; REGO, 2020).

Entretanto, ainda que sob a resistência e luta dos profissionais de saúde, o desmonte prosseguiu e, assim sendo, consideramos importante trazer os relatos na íntegra das entrevistas realizadas com as profissionais, dando visibilidade para o processo de sofrimento vivenciado pelas profissionais de enfermagem diante da precarização do seu trabalho nas unidades de Atenção Básica no Rio de Janeiro-RJ.

[...] com troca de OS, de abaixo do salário, diminuiu o quadro de funcionário, entendeu... e assim... quem sofre mais, somos nós... tanto os profissionais que estão na linha de frente, como a população que vem buscar o atendimento e não tem... (Enf. 1 BR)

[...] primeiramente é você garantir que o trabalhador vai receber a sua remuneração, após um período de trabalho que ele vai receber essa remuneração, rigorosamente em dia. Eu acho que isso é um dos principais pontos que vão gerar uma qualidade. (Enf. 2 BR)

[...] a questão do atraso salarial, né, que a gente no município do Rio de Janeiro sofreu muito, com essa questão de atraso, sofre até hoje em determinadas pontas do atendimento. E aquela questão de falta de insumos, né... a gente vivia um momento aí que a gente não tinha folha A4, por exemplo. E aí se fazia vaquinha para comprar folha, para você ter porque a gente usa o prontuário eletrônico e ele requer que seja impresso, que você tem essa guia e uma solicitação de exames não pode ser feita por escrito, tem que ser feito impressa. Então esses são uns dos grandes impactos que a gente sofreu. (Enf. 2 BR)

[...] precisa se unir para não ter de se sujeitar a uma redução do salário, com o mesmo tipo de trabalho e que você vai ganhar menos ... Então, assim, hoje eu, particularmente, eu me vejo no fim da minha carreira, pode-se dizer assim. É... eu tenho oito anos de formado, mas eu percebo que vai ser muito difícil me aposentar, por exemplo, nessa profissão. Porque é muito desgastante, é muito cansativo, e quando você vai comparar o teu salário, com uma economia para você poder gerar bens assim para você, você vê que você não consegue... mais um desabafo... (Enf. 2 BR)

Questões básicas de EPI... porque a gente está falando de saúde pública, então quando a gente trata de saúde pública, às vezes é uma precariedade de EPI e isso varia de organização social, de política, de prefeitura, de várias coisas... (Enf. 3 BR)

[...] redução de repente da distância da microárea, uma revisão de microárea, por exemplo, para não passar por esse problema que eu acabei de citar em relação ao paciente e o nosso também, porque a gente tem que ir até lá, a gente se desloca até lá, né? Então eu acho que eu poderia resumir em condições básicas para desenvolver a profissão, aquilo tudo que a gente aprendeu... e uma melhoria de salário e acesso. (Enf. 3 BR)

A prefeitura repassa pra OS e a OS repassa para gente. E tem meses que a prefeitura... a gente tá a deusdará. A gente já ficou três meses sem receber, entendeu? Então, assim, você imagina, você não está pedindo, você trabalhou, você deu o seu melhor. E mesmo nesses três meses, a gente... Tinha gente aqui que estava dependendo de doação, teve gente aqui que foi despejado, porque trabalhou e não recebeu, entendeu? Então, assim, é uma injustiça, acho que o mínimo de dignidade para um profissional é receber aquilo que ele foi proposto ser pago para ele trabalhar, né. Não que a gente trabalhe por dinheiro, mas a gente trabalha por necessidade, né? Então a gente obviamente precisa receber, né, pelo o que a gente faz. (Tec. Enf. 1 BR)

[...] em relação à medicação, a coberturas, né... tipo um curativo, a gente precisa fazer um curativo, mas a gente não tem uma cobertura para fazer esse curativo. Então, assim, realmente é um impacto... A gente já ficou até sem seringa para fazer injeção. Aí você me responde: como você trabalha na imunização, né, que é basicamente vacinar, se você não tem seringa? O que que você faz? Então realmente eu acho que isso... é esse tipo de impacto que a gente sente. (Tec. Enf. 1 BR)

Sim, colegas de trabalho adoecendo por crise de ansiedade, falta de pagamentos, sobrecarga de trabalho. (Tec. Enf. 2 BR)

O piso salarial de um técnico enfermagem, eu acho uma vergonha. E a gente não tem aumento, como estatutário eu estou falando, desde a gestão do César Maia. Então é uma vergonha. Então fica difícil... a desmotivação. (Tec. Enf. 5 BR)

O técnico de enfermagem, ele é polivalente. Ele é polivalente, ele se adapta em qualquer situação: se não tem um garrote, a gente não usa a luva pra garrotear o paciente, não tem problema nenhum para mim, entendeu? A gente vai se adaptando às mudanças, porque eu não tenho medo de mudança. Eu sou uma pessoa que estou prestes a fazer 60 anos, e eu não tenho medo de mudança tanto que é, que agora eu estou enfrentando uma coisa nova para mim. (Tec. Enf. 6 BR)

Eu gostaria que mudasse o curativo, por conta dessa dificuldade de atender melhor paciente. Porque vacina não falta, os procedimentos lá embaixo não faltam. Eu acho que o curativo que os pacientes ficam bem... às vezes a gente precisa, o paciente tem necessidade, preciso de uma cobertura para aquela ferida, no ferimento, e a gente não tem o que oferecer e isso entristece a gente ... [choro] (Tec. Enf. 7 BR)

Nosso salário vai diminuindo, ao invés de aumentar, vai diminuindo e o nosso trabalho aumentando... a população vai aumentando e a gente trabalhando mais e ganhando menos, né... Então, é isso que eu vejo de diferença nestes últimos 10 anos pra cá... (Tec. Enf. 11 BR)

Hoje está tendo essa dificuldade que os médicos vão ficando velhos, estão se aposentando, né, e vai o atendimento, né... Não tá tendo um concurso público, né... com o salário baixo que o povo recebe, aí o pessoal não quer vir trabalhar, não quer fazer concurso... Podendo ter o seu consultório, vai vir trabalhar numa rede pública para ganhar um pouquinho? Então eu acho que está tendo essa mudança assim também, né... (Tec. Enf. 11 BR)

[...] devido a essas crises, né, econômicas, que a gente vem passando, né... a gente, nós, funcionários estatutários, né, nós perdemos alguns direitos, algumas coisas que a gente, mesmo assim com essa crise, como você perguntou antes como a gente enfrentaria tudo isso assim, né, mas... nós perdemos vários direitos que a gente tinha, como nós tínhamos no salário o décimo quarto, a gente tinha licença especial... E hoje em dia a gente não pode tirar, porque a demanda de funcionários também diminuiu. (Tec. Enf. 11 BR)

Aqui era um posto de saúde, né, e entrou a estratégia, ficou misto, né, com a estratégia da família, aí quer dizer, diminuiu o quadro de funcionários estatutários e com essa diminuição prejudicou os poucos que ficaram, né... Nós não podemos tirar nossa licença especial que nós temos direito... Nós que já estamos para se aposentar, nós não temos como tirar essa licença, entendeu? Porque nunca dá, nunca pode, porque tá faltando funcionário... só pode tirar um por vez ou dois por ano, aí aquele está de licença e o outro não pode tirar, aí eu tenho que tirar férias... e nisso tudo vai complicando... E vai passando o tempo e a gente não pode, né, aposentar e deixar isso pra trás..., mas a gente trabalha normalmente... a gente faz o nosso trabalho... eu já estou em época de aposentada já... só que, assim, eu gosto do que eu faço, eu gosto do trabalho, entendeu? (Tec. Enf. 11 BR)

[...] tem diminuído a oferta do profissional à procura do profissional pro atendimento. As vagas de profissional ficam abertas por muito tempo e quando vem o profissional, ele desiste no período de experiência ainda. Porque é um local de difícil acesso, aí às vezes o acesso é fácil, mas a qualidade de material para trabalhar não é legal. Falta, por exemplo, aqui um sonar. Uma profissional comprou o sonar e a gente usa o dela, porque os outros, o outro que é da unidade, foi para manutenção e quando volta, fica apitando o outro quando quer funciona... fica cinco equipes com um sonar funcionando e dois quando quer funciona. Então atrasa o trabalho. Das vezes que você faz o pré-natal está todo mundo usando, não há sonar na unidade, então você deixa de escutar o BCF [batimento cardiofetal] ... se aquela gestante tiver sem o BCF, aquele feto já tivesse sem mesmo... você não sabe se ele tiver com

o BCF mais baixo ou mais alto, sofrimento fetal você não vai saber, você vai liberar uma gente para casa sem saber como que está o funcionamento... (Enf. 7 BR)

[...] aumentar a quantidade de recursos humanos, que foram reduzidos à quantidade de agente comunitário que é importante, a quantidade de enfermeiros, de médico, de técnico... porque a área é muito grande, um técnico para área é insuficiente porque ele fica preso na sala de atendimento aqui, enquanto eu preciso de uma visita domiciliar, uma coleta de exame de sangue, uma realização de curativo que o técnico é capaz de fazer, só que ele está agarrado na unidade. (Enf. 7 BR)

Eu não vou falar o que a gente passa agora no momento, né, essa situação que a gente vai deixar de ser CLT, para ser pessoa jurídica. Eu acho que isso aí vai atrapalhar muito... muitos vão deixar de exercer a função, muitos vão até sair, né... vai parar. Eu queria que voltasse a ter incentivo, né, do profissional até a parte do salário, parte de incentivo de metas... acho que isso tudo é importante voltar. (Enf. 9 BR)

Há uns 10 anos, uns 15 anos atrás era cooperativas, né, então você perdia muito do profissional, que um dia era um profissional, daqui a dois meses era outro. Então aquele profissional que você treinou, já não é mais... então você tinha aquela dificuldade. Quando chegou o regime CLT ficou bem melhor, porque as pessoas ficam mais fixas. Então você treinava, você que conseguia trabalhar com aquela equipe, sempre aqueles mesmos profissionais. Hoje em dia já está começando a mudar, a produção assim, o custo financeiro também já está saindo, então os profissionais estão se perdendo também. E daqui pra pior, né... **Agora ser pessoa jurídica agora... todos os médicos estão aqui, por exemplo, falaram que não vão ficar. Tem enfermeiro que também que já falou que não vai ficar, tem técnico que falou que também não vai ficar... Então você vai perder isso... A gente já está esperando que a cada dois, três meses vem um profissional para começar tudo de novo aquilo que você já estava levando bem.** (Enf. 9 BR)

[...] quando eu entrei, a gente percebia uma confusão muito grande nessa questão de alguns serem contratados pela OSS, outros serem estatutários. Então tinha um ambiente bem hostil, tinha muita confusão mesmo. Até hoje algumas coisas ainda não foram sanadas não, porque acho que fica mesmo dentro da pessoa, acho que o modo como tudo começou, de eles serem pegos de surpresa e a equipe vir toda para cá para um prédio que todo mundo já trabalhava há anos... Então acho que tudo começou muito errado. (Enf. 12 BR)

[...] na verdade, essa coisa de haver troca de OSS, sempre que isso acontece, abala bastante porque existe toda aquela questão de você estar com aquele vínculo com aqueles profissionais de saúde. Profissionais que foram treinados que você mandou para aperfeiçoar lá e aí tá tudo afinadinho e aí troca OSS, e aí geralmente o que acontece é que os profissionais saem e entra outra que você tem que treinar tudo de novo... Então, assim, é uma constante rotatividade de pessoas que não é legal, para o que é proposto na saúde da família que é ter um vínculo com os usuários. (Enf. 12 BR)

[...] infelizmente essa mudança aí do contrato da OSS que deixou toda essa insegurança, **porque a gente está vendo, aliás a gente está acompanhando, que a gente está ficando sem médico, né, sem profissional médico, né, nas equipes pra poder atender.** (Enf. 12 BR)

[...] hoje, por exemplo, eu tô voltando de uma licença médica, né, porque infelizmente a gente querendo ou não, isso afeta diretamente a nossa saúde, né. **Porque a gente gostaria de estar aqui prestando serviços para população e não estar ali na frente dizendo: “não tenho... não tenho... infelizmente, não tenho como te ajudar...”** Então acho que isso mexe muito com a gente, né, então a gente acaba adoecendo, porque você não tem às vezes o que fazer para ajudar

as pessoas, né. Então é dizer que a gente está aqui na esperança de que tudo mude, e de que mude para melhor, né... (Enf. 12 BR)

Hoje eu não vejo nenhuma condição de trabalho para gente, para enfermagem, tanto para garantir que a gente consiga prestar um bom atendimento ao usuário, e para nós quanto profissional. Eu não vejo nada de melhoria sabe, eu estou aqui no município há quatro anos e há quatro anos eu vejo a mesma coisa: precariedade cada dia pior, cada dia menos serviços, cada dia a gente demora mais para conseguir alguma coisa. (Enf. 16 BR)

O desmonte em si, porque a gente não consegue dar continuidade, isso desgasta a gente, porque a gente tem que ficar mais aqui na frente. Então eu não consigo dar atendimento adequado ao usuário, não consigo fazer um atendimento adequado ao usuário, eu não consigo fazer uma boa escuta, uma boa orientação. (Enf. 17 BR)

O financeiro afeta toda a nossa vida, né, porque a gente programa com aquele valor, e aí quando a gente reduz, você tem que desprogramar tudo, e aí, você com menos profissionais, você vai ser sobrecarregado, você com certeza não vai dar conta de muita coisa, e com isso você vai ficando sobrecarregado, mais estressado, pode ser que não consiga dar conta mesmo, e aí não vir trabalhar por conta do estresse em si, mais por conta disso, né... (Enf. 17 BR)

[...] foi começando a reduzir, reduzir, reduzir... reduziu equipe, reduziu funcionário, foi reduzindo. Atrasos salariais de greve. Tudo isso fez que por muito tempo esses pacientes não ficaram... só dava prioridades a gestantes e as puericulturas até um ano, os demais, não tinham consultas. Então, assim, muita coisa ficou muito enrolada e até hoje vai ficar enrolada por conta dessa questão, né, de troca, de redução, enfim de tudo (Enf. 17 BR)

Eu acho que muitas coisas no sistema, teriam que ser mudado assim no sistema, igual você falou o que que o técnico de enfermagem faz... porque hoje em dia o computador é tudo, mas tem muita coisa assim que a gente faz mas que eu acho que poderia ter um administrativo, porque você está ali, tem que digitar as coisas, tem que escrever mais um “monte de troço” ali, fora o que você tem que escrever aqui e atender o paciente que está ali fora... você viu como é a porta, ele não entende que você está fazendo isso tudo ali... “Pra aplicar uma injeçãozinha, porque que demora tanto, gente?”, entendeu? (Tec. Enf. 18 BR)

A gente sente muito de pensar em como vai ser, já nos acostumamos com a equipe... igual ontem a médica chorou muito ontem... ela chorou muito na hora de ir embora. Aí você vê a moça da limpeza que trabalhava aqui anos e anos e foi mandada embora. **Aí agora essa semana, falando geral de tudo, o pessoal da limpeza não sabe o que vai ser deles, porque acaba sábado e eles não sabem se vão ser contratados, se não vão trabalhar... aí elas estão trabalhando e ninguém fala nada... Aí elas entram lá na sala, aí elas falam assim: “meninas deixa eu limpar aqui...” e assim são pessoas que já criamos vínculo e isso faz mal, eu te falo, isso me faz mal, eu não gosto estou aqui quase chorando.** Porque assim, você o colega, você sabe que a pessoa tem que trabalhar... aí a história que diz, a minha médica tem mais de 60 anos, e **estão dizendo que essa empresa nova, essa empresa que vai entrar não vai ficar com as pessoas maiores de 60 anos, gente... a minha colega de trabalho que é técnica de enfermagem [terceirizada] tem mais de 60 anos a Tec Enf 16 tem mais de 60 anos e não quis ficar em casa, trabalha todos os dias. Então porque, ela tem mais de 60 anos, ela não tem direito a trabalhar? Ela tem que ficar desempregada? Tem que passar necessidade? Então é isso daí, isso me faz mal, porque ela tem que trabalhar sem vínculo.** (Tec. Enf. 17 BR)

[...] cartão alimentação nós temos, que nunca teve aumento, desde quando a gente entrou é nove reais por dia. o total é 264 reais que nós recebemos só do *ticket* alimentação, é só esse que a gente recebe. E não aumenta. Nós, no caso, estatutários,

os outros, pessoas eu não sei o valor do *ticket* deles, o nosso é esse valor. Tipo, você vai no sacolão praticamente já acabou, porque se você for no mercado, você vai levar quatro bolsinhas e acabou, porque o feijão está quase 10 reais. Então eu vejo a população muito alienada. (Tec. Enf. 17 BR)

A contratação agora é contrato com organizações sociais, né... a diferença de salário é enorme, uma coisa absurda, enquanto o estatutário ganha um número X, bem “xiszinho”, enquanto os contratados ganham três, quatro, cinco vezes mais. Então a diferença é essa e a falta de, assim, até de comprometimento com o ser humano... a gente como estatutário e muitos anos na vida a gente percebe isso assim direto. (Tec. Enf. 23 BR)

A população cresceu bastante e a carência foi ficando cada vez maior, financeiramente pra ele, então... tá bem maior... e agora com essa crise dessa pandemia, muitos desempregados, muito em casa, as crianças que iam comer na escola, não tem comida dentro de casa... Então é um impacto muito grande e a gente que está do lado de cá, a gente sofre com eles, porque a gente quer dar, quer fazer, porque a gente sofre também, porque se tira muito daqui.... entendeu? (Tec. Enf. 24 BR)

[...] a população aumenta e não aumentam as unidades. Agora fecha as clínicas da família, então aquilo vai sobrecarregando uma outra unidade, então fica muito, tem bastante trabalho. Mas, ainda tá dando pra gente levar, mas que tem bastante trabalho, tem. (Tec. Enf. 29 BR)

Assim, nossa crise, é uma crise não só da pandemia, né... Nossa crise é uma crise política, né. Uma crise política que quem vive o dia a dia num órgão público sabe que é político, tudo é político. E aí é muito difícil, a gente tem mudanças de todo o final de quatro anos, a gente tem angústias, entraves, um ano piora outro ano melhora, a gente não tem o que fazer... E a enfermagem literalmente não tem um poder de um CRM, né, de um médico, não tem esse poder, não por falta de inteligência, nós somos muito capazes, mas é por uma questão de dinâmica da vida que fez essa diferença, né... Como é que fala? **É a demanda de oferta e procura, né? Tem poucos médicos, então automaticamente eles valem mais e aí a enfermagem ficou como marisco entre o mar e a montanha, né, a verdade é essa. A gente lida, a gente fica entre a população médica, né, que ganha mais, que é mais requisitada, e a população que precisa do atendimento e aí quem tá no meio dessa situação é o enfermeiro e não é fácil. Tem que ter muito gosto.** (Enf. 5 BR)

Em realidade, a precarização estrutural, que precedeu e prosseguiu nos serviços na pandemia, foi, por assim dizer, fatal para as profissionais de enfermagem durante o enfrentamento da pandemia: desgastadas e desprotegidas nos cenários dos serviços de Atenção Primária para lidar com a gravidade do que representou a pandemia do Covid-19 no município. Não por acaso, o Brasil foi um dos principais países em recordes de mortes das profissionais de enfermagem, especialmente das técnicas/auxiliares (DAVID et al., 2021), durante o seu labor essencial na atenção aos usuários também vitimados ao extremo, sobretudo nos territórios onde vivem a classe trabalhadora negra, mais empobrecidas diante da política genocida do governo federal. Mantendo a proposta de dar visibilidade ao sofrimento e situação precária das profissionais durante o enfrentamento da pandemia na Espanha, e principalmente no Brasil, reproduzimos a seguir, na íntegra, as falas das entrevistadas, para que seja apreendida a gravidade da crise estrutural neste momento:

Estas cosas más quemadas a nivel personal, mas que más yo creo todavía los que estamos como yo, que es una situación que llevamos a ver, pues ya un poco de ya no se donde va a acabar, entonces te llaman un día, va a estar 15 días aquí, después en otro, ahora tengo que esperar una baja cuando le acabe... Entonces esta ansiedad, aparte de estas ansiedad, pues tengo que trabajar, es mucho trabajo, es mucho estrés, esa parte que nunca sabes cuando vas a tener un trabajo, se mañana va a estar trabajando o no... la inseguridad, si el covid se acaba en agosto, yo no tengo vacaciones o sí porque no voy a trabajar, acaba dos días esta baja y no voy a trabajar en el centro, y tengo que irme al hospital, a la UCI de neo que no la entiendo, o sea, es sobretudo la ansiedad del covid sí a nivel personal, pero más todo, que yo todavía a nivel personal no sabe de lo que va ser de mí mañana. Bueno, me ha ido un visto, pero vamos a ver se como mantener, hay otro enfermero también. (Enf. 11 ES)

Se a gente não tem o equipamento para trabalhar, a gente não tem como ofertar é um atendimento para o paciente. Então fica complicado, ainda mais no contexto dessa pandemia... vamos dizer assim. Então a gente precisa se proteger para proteger o próximo, para fazer nosso trabalho. Então isso... tem que ter o repasse político, né, toda essa questão... e isso é muito complicado. (Tec. Enf. 4 BR)

Devido à Covid, eu acho que os olhos voltaram ... a ter que olhar pra saúde, porque estava passando tudo muito despercebido, e agora não. Agora a saúde tá em foco. Quando tá em foco, tudo melhora. então assim, hoje tá um pouco melhor, mas o desgoverno continua. Então, salários atrasados, falta de insumos é... por exemplo, falar que a atenção primária não é linha de frente... as pessoas falar um negócio desses... não têm noção, porque aqui são casos subnotificados, né... agora começou a melhorar, mais lá no início era síndrome gripal, está sem sintoma grave, vai para casa, se piorar você volta... então assim, entende? Então, como que você manda um paciente embora? Eu não mando. Não mando porque a minha prioridade é o paciente, a gente segue o serviço... (Enf. 3 BR)

Passar por toda aquela questão do primeiro emprego, questão salarial e trabalhar em mais de um emprego e ter todas essas coisas acontecendo... A sua vida social acaba não existindo algumas vezes... E as pessoas te julgam “você escolheu isso”, “você jurou”, “você que quis, ninguém botou uma arma na sua cabeça”... Então essa era uma preocupação que eu tinha... E como isso impactava na vida do enfermeiro e no seu processo de trabalho... e hoje em dia minha preocupação... essa é minha preocupação crônica... mas a minha preocupação aguda é como está a saúde mental do enfermeiro e física também né, em relação à Covid? (Enf. 3 BR)

Outro dia eu estava passando na rua, e estava um cartaz assim: não estamos atendendo pessoas de alto risco e profissionais de saúde. Não estavam atendendo... não estavam atendendo... devido toda a questão que estamos enfrentando da Covid... E eu pensei, como isso impacta na vida do enfermeiro?

Aí você pega um enfermeiro, que está com medo, por n motivos, e tem medo de contrair doença, ele tem medo de controle de levar doença, ele tem medo de morrer, ele tem medo de que seus pacientes morram, ele tá convivendo com aquele estresse e ele passa num lugar desse e vê isso. Se o cara tiver com a saúde mental abalada ali.... é o que a gente chama de gatilho, né... é um gatilho, cara. (Enf. 3 BR)

[...] crise um todo, é bem prejudicial num todo também no nosso psicológico, na saúde física, mental, espiritual... Se for falar nesse período agora, de pandemia, do início do ano para cá, a verdade que no início a gente não tinha nem material para trabalhar... não tínhamos EPI, e o que tinha no momento que era máscaras comuns, descartáveis, a gente estava proibido de usar, depois que foi liberado, entendeu? E ainda até hoje a gente não tem o equipamento adequado para trabalhar nesse período, nós não temos. Se disserem que tem, é mentira porque nós não temos o equipamento individual para todo mundo, os necessários nós não temos. Temos uma máscara, temos luvas... que isso já tinha, mas todo equipamento necessário para esse período nós não temos. E isso abala a estrutura nossa também porque nós somos seres humanos, somos pacientes também ... (Tec. Enf. 7 BR)

[...] vem uma crise atrás da outra, né, três anos seguidos uma crise de falta de pagamento, aí nesse quarto ano entre essa crise do coronavírus... desmoronou tudo..., mas eu acho que esse tipo de crise que a gente está vivendo agora, da pandemia, não tem nem pra onde você correr, porque é uma situação que o mundo inteiro está assim, não tem como... (Enf. 9 BR)

[...] acho que esse vírus pegou a gente muito de surpresa, né, a gente acreditava muito ser uma coisa da China e tudo mais... **Quando ele chegou aqui foi bem triste, porque, assim, a gente viu colegas da gente sendo internados, ficando mal real por conta do vírus, né... A gente teve que parar realmente o atendimento na atenção primária, a gente não tinha como atender à população.** Era só coronavírus, né, essa pandemia que chegou, e graças a Deus os usuários foram bem compreensivos em relação a isso, porque não tinha como a gente pôr crianças aqui dentro junto com gestantes, com idosos, e com pessoas que estavam realmente sintomáticas. Eu acho que isso chegou e virou assim de ponta-cabeça o nosso atendimento, graças a Deus a gente está conseguindo pôr na balança e está conseguindo voltar aos poucos o atendimento, a gente tá vendo que tá melhorando, tá caindo, né, mas a gente sabe que ainda não acabou. **A gente tem que ter bastante cuidadoso em relação a isso, mas essa pandemia veio para derrubar... juntou a pandemia com a crise, ficou uma coisa de louco, né..., mas a gente está conseguindo ir com fé em Deus que a gente vai conseguir passar por mais isso e mais esse governo, daqui a pouco chega as outras eleições, né.** A gente tem que se juntar, pensar para pôr uma pessoa lá dentro que tente nos ajudar, né, não só os profissionais, mas também os usuários porque a gente é profissional, mas a gente também é usuário do SUS, então a gente precisa ter consciência de que a gente precisa de uma pessoa lá dentro que pense em melhorias e não somente no financeiro. (Tec. Enf. 14 BR)

Realmente a gente está no momento em que atrasa muitas vezes o pagamento, né, e a gente tão presente, né, aqui, arriscando a nossa vida, né, podendo levar doença para dentro da própria família... isso aí para mim foi um descaso muito grande, sabe. Uma das coisas que desestrutura mesmo, sabe. **Aqui chegou dias de só ter uma enfermeira, eu peguei Covid, a outra pegou, um tanto de gente pegou e você vê que a gente, às vezes, não tinha os materiais necessários, a estrutura necessária mesmo para os atendimentos, mas eu acho que sempre teve essa crise...** (Enf. 14 BR)

[...] a gente vai se adequando com aquilo que tem, e a enfermagem é isso mesmo, vamos cuidando de gente, porque a gente cuida de gente... pena que é muito desvalorizada, espero que com essa situação agora valorizem mais, eu não digo só por dinheiro não, digo como ser humano mesmo... o quanto é importante a gente estar aqui... eu não trabalhei na linha de frente, mas eu vi pessoas falando o quanto foi importante ter a enfermeira ali pra ajudar, única pessoa ali pra pegar na mão e é isso, esse calor humano nada substitui. (Tec. Enf. 15 BR)

Acredito até que na pandemia foi de várias formas, uma delas foi a preocupação de contaminação, né... qual o tipo de medicação certa para se tomar, aquela angústia de ver colegas, né, se contaminando, isso tudo afetou a gente como profissional, né... Teve colegas nossos que caiu em depressão, teve colegas que estão afastadas, então isso tudo mexeu muito emocionalmente com a gente... (Tec. Enf. 23 BR)

[...] nós tivemos que brigar muito para ter uma máscara, essa igual a sua aí [máscara PFF2], o capote, logo no início aquela coisa toda sabe. Então nós fomos jogadas assim às traças, né, mas se não fosse a nossa união de técnico de enfermagem, primeiramente a nossa fé em Deus, a gente não teria aguentado não. (Tec. Enf. 23 BR)

[...] e que hoje, na verdade, até viraram as costas, porque hoje a gente tem aqui na unidade diversos colegas que estão cumprindo aviso para ir embora e, assim, tá

sendo a minha maior decepção. É saber que tivemos essa, essa pandemia aí da Covid e hoje os colegas estão sendo mandados embora. Colegas que são servidores terceirizados e se disponibilizaram em tá ajudando, em tá enfrentando toda essa situação, e hoje estão desempregados. Não só aqui, como uma maior parte dos locais aí hoje parte dos locais aí. Os hospitais de campanha, por exemplo, é um grande exemplo... pessoal trabalhou e não recebeu, foi disponibilizado verba do governo federal e para os governos estaduais e locais e dinheiro esse que foi desviado, que todo mundo sabe que aconteceu. Agora eu me orgulho muito e fiquei muito feliz da enfermagem está se disponibilizando para poder tá enfrentando isso aí. (Tec. Enf. 25 BR)

Então cada um se virou como pôde, porque não tivemos um apoio legal. A população em geral, não falo de mim. **Não se teve um apoio legal, foi muito assustador ver a televisão falando aquilo tudo, porque as pessoas não entendem que antes era uma coisa que se falava só do Rio, agora passou o número ser aumentado, porque é do Brasil inteiro.** Então esse recurso, é bom por um lado e ruim por outro, porque a gente fica assim assustado, não sabe nada, né. (Tec. Enf. 28 BR)

No começo foi bem precário, a gente teve que brigar pra ter uma máscara, porque **no começo não queriam dar uma máscara, era uma confusão, e a gente teve que se negar a trabalhar...** “Ah se não der máscara não vamos trabalhar” e aí, **de repente, aparece máscara, quando a gente se nega a trabalhar, com coisa assim: “ah, mas então vai fechar, vocês são obrigados a trabalhar, vão responder”;** tá, **a gente responde por não querer atender por não ter máscara, só que as pessoas têm que entender que se não tem material a gente está desprotegido, vou pegar uma doença que pode me matar. Eu vou assumir esse risco, não. Não vou assumir esse risco. Tenho família, tudo. Tenho que proteger meus filhos, minha mãe, que é de idade. Então eles mandam fazer o negócio, mas não dão o suporte pra gente fazer a coisa.** Então o impacto no começo foi assim. Depois, melhorou, está vindo material, tá vindo máscara, tá vindo capote, tá vindo as coisas agora, mas no começo... agora já melhorou... (Tec. Enf. 29 BR)

É nesse quadro dramático que chegamos para a realização da pesquisa sobre os aspectos do processo de trabalho, não em uma conjuntura cíclica de crise econômico-política, mas em um cenário devastador da crise estrutural do capitalismo na sua mais pura dimensão destruidora, representada na crise sanitária da pandemia da Covid-19: não valorização do mínimo de dignidade da vida humana, manifestado na fala dessas mulheres que enfrentaram bravamente a pandemia, sem apoio adequado, sem proteção e sem valorização, especialmente no cenário brasileiro.

Para encerrar as reflexões acerca dos aspectos da crise estrutural para o processo de trabalho da enfermagem, cabe destacar uma última questão que impede o pleno exercício, ou nos termos dos organismos internacionais a “plena potencialidade” em ser enfermeira, diante das distorções da divisão técnica e social do trabalho em saúde, especialmente a divisão no interior da categoria da enfermagem no cenário de um país periférico como o brasileiro. As técnicas/auxiliares de enfermagem representam 70% da força de trabalho da categoria no Brasil, não deixam de realizar o cerne do cuidado de enfermagem, nas brechas (cada vez menores) das massivas tarefas manuais a elas direcionadas.

São as que forem me dadas, né, eu sou acima de um agente de saúde, acima de mim tem um enfermeiro e o médico, abaixo de mim estão os agentes de saúde, ACS. Eles me passam as demandas, a real necessidade da área. Discutimos isso na reunião de equipe com a doutora, que é da minha equipe, e montamos um trabalho de equipe para mim poder ver, porque as minhas VD são às quartas-feiras. Então a gente monta esse trabalho; se é a coleta, eu marco com elas a coleta e qual o horário. Se é curativo, faço todas as quartas feiras, já tem um horário: saio da clínica às 9 e só retorno meio-dia, porque são quatro curativos, dei alta para um agora, melhor dizendo, eu só estou com três agora. E é assim para o que precisar dentro da unidade, eles passam pra mim e eu vou até a médica, eu vou até a gerente, vou na psicóloga, converso muito com o serviço social, a gente discute muitos casos. Porque eu tenho um abrigo enorme e tem uma demanda bem grande e eu preciso passar muito para o serviço social também... uma funcionária fundamental para a saúde da família. (Tec. Enf. 5 BR)

Nós, técnicos de enfermagem, nós somos polivalentes. Tanto que é, não é só o técnico de enfermagem não, o enfermeiro também. O que que acontece: nós não ligamos para dinheiro, nós trabalhamos com o coração. Esse é um dos motivos que tudo que nós reivindicamos, a gente não consegue. Aí você vai falar assim: 'é política'. Não, não sou política. É uma coisa que, pelo amor de Deus... Eu, quando eu comecei a trabalhar, quando eu comecei a trabalhar na área de saúde, eu usei seringa de vidro. Eu tinha que flambar agulha pra poder usar. Então olha quantas mudanças de lá pra cá tiveram... Muita mudança, mas mudança não me aflige não. Tanto é que de lá para cá eu já trabalhei com tanto gestor e eu não tenho um problema com gestor nenhum. Você saber por quê? Eu executo. Eu não sou mentora, eu sou executante. (Tec. Enf. 6 BR)

[...] durante a pandemia, que foi no pico, que foi março, abril, maio e junho, só quem trabalhou aqui foi técnico de enfermagem e enfermeiro. Médico nenhum apareceu. Nenhum, nenhum. Nenhuma apareceu. Porque doutor Marco é maior de 65, a doutora Beth também é velha, doutora Eliane também é velha... E aí? E aí se eu não tenho amor ao próximo. (Tec. Enf. 6 BR)

[...] O atendimento é de acordo com o que o paciente vem procurar no serviço. Pode vir procurar uma informação e a gente orienta qual o setor que ele deve se dirigir. Pode vir para atendimento, do tipo curativo que ele vem em dias alternados ou dias marcados e aí a gente já sabe o que fazer... ou quando ele vem indicado pelo enfermeiro ou médico para saber que tipo de atendimento vai fazer... seja vacina, seja medicação, seja curativo, seja qualquer for a orientação e o que a gente faz é o melhor possível para deixar o paciente atendido da melhor maneira possível. Até porque além de sermos profissionais, nós também somos pacientes. Então, aquilo que a gente quer pra gente, a gente deve oferecer para um paciente também no momento que a gente é o profissional. (Tec. Enf. 7 BR)

[...] eu gosto do que eu faço, de ser técnica. Eu gosto de atender, porque eu gosto de ver o paciente se sentindo bem, principalmente no curativo. Quando eu faço curativo e sinto que ele teve aquele alívio, conforto, né... e eles também dão esse retorno pra gente, né... a gente se apega muito também, muitas vezes a gente se apega a eles. (Tec. Enf. 7 BR)

[...] eu acho que a gente deveria ter mais suporte, suporte técnico, suporte de instrução... mais cursos. Porque a gente chega cru, sem ter daqueles cursos preparando você para como enfrentar a demanda, como enfrentar a população, a necessidade da população..., mas se tivesse alguns cursos, né, alguns preparatórios, seria bom. Ajudaria muito. (Tec. Enf. 7 BR)

O acesso principal é acolhimento e por lá tinha um médico e um enfermeiro especial pra cuidar. Nessa parte, eu só peguei os pacientes que tinha que verificar pressão, glicose e temperatura. (Tec. Enf. 9 BR)

[...] pra fazer um curativo... não é da nossa conduta, mas a gente faz. Então a gente faz esse curativo e o enfermeiro lança como se fosse ele que fez os procedimentos... Isso eu não acho legal. A gente faz, mas a gente não pode lançar, entendeu? (Tec. Enf. 13 BR)

Eu só reclamo disso que eu falei pra você, por causa da coisa de enfermeiro que ele não faz... por exemplo, na sala do enfermeiro tem aparelho de HGT, tem aparelho de pressão, oxímetro, às vezes a gente tá aqui ocupado e tem que parar tudo pra fazer, e eu não acho certo... às vezes não tem ninguém, mas tem uma técnica lá na observação exclusivamente, que é onde está atendendo as pessoas do Covid, aí a gente tem que ficar no procedimento e lá no Covid, isso eu não acho certo. E é isso... (Tec. Enf. 13 BR)

Às vezes a gente está atarefada, às vezes tem só duas técnicas na unidade, e a gente assim, nosso banheiro é longe, tem coisa que eu vejo que na sala de uma enfermeira é perto... e a gente não tem esse acesso... ah, eu vou na sala da minha equipe usar o banheiro, a gente não tem esse acesso à sala da equipe. A sala da equipe é do médico e da enfermeira e eu acho que assim, o nosso trabalho, a gente não trabalha pouco na unidade, né... na saúde da família a gente atende muita coisa... o trabalho do técnico é bem mais trabalhoso do que um serviço de enfermeiro, que é mais burocrático, por exemplo. E às vezes eu vejo que às vezes tem um enfermeiro lá na frente, tem um aparelho de pressão, tem tudo e eles preferem encaminhar o paciente para nossa sala... e a gente está cheio de trabalho... é teste rápido, é a medicação e ainda tem que parar para aferir uma pressão, enquanto tem um enfermeiro lá na frente que pode fazer isso e não faz... Acho que isso que me incomoda também bastante... o paciente fica para baixo e pra cima e isso me incomoda um pouco. (Tec. Enf. 14 BR)

O técnico faz o que pode, porém não podemos fazer muito. Mas precisamos ainda de muito, até o que o técnico pode desenvolver. Eu posso sentir que o paciente precisa de alguma coisa, mas eu não posso ir além do nível superior, tem que esperar a demanda e esperar muita coisa. Só posso orientar o paciente e ir até o profissional de nível superior, comunicar a necessidade do paciente. (Tec. Enf. 28 BR)

el según centro, a mí, mi responsable de enfermería no me considera, no me ha considerado, no me llamaba a las reuniones. Mi pregunta es: ¿no soy equipo de enfermería? Para mí en el segundo centro yo no tenía consulta de ningún tipo, lo que es contradictorio, porque además las jefas que yo he tenido conocían, o debieran conocer el trabajo que yo he hecho: “ese técnico ha hecho eso en el primer centro”. (TCAE. 1 ES)

¿Porque se los estamos enseñando al abuelito por él mismo, como luego no puedo hacer eso yo y que me dicen que eso es intrusismo? ¿Es que estamos locos? No puedo porque todavía a nosotros nos dicen que es una tarea delegada. Eso es una palabra que odio. No, no. ¿Las tareas que hace una enfermera, se le llaman tareas delegadas? No. Las enfermeras tienen sus competencias y va evolucionando con las necesidades que las nuevas sociedades tienen, pero porque nosotras, ¿no? Pues muy fácil, porque dependo de que quiere una enfermera. Porque dentro de enfermería yo tengo muy claro que hay dos colectivos: uno que es DUE [diplomada] y otro que es técnico [TCAE], pero nos representa una enfermera, y yo creo que hay este error. (TCAE. 1 ES)

Entonces yo creo que hace falta ahí mucha más claridad, mucha más transparencia y otros tuvieron muchas más oportunidades que nosotras tuvimos. Por ejemplo, el técnico, no sabes lo que yo me he tenido que pegar para hacer curso de formación. Porque antes de que estuviera en la carrera profesional yo hecho cursos de siempre, pero yo he visto que mucha gente solo se ha preocupado cuando iban, la carrera profesional dependía de la parte de conocimientos que se tocaba, la gente hacía curso ni que fuera por internet. Nosotras, por ejemplo, la empresa no nos ha formado nunca. Ahora últimamente alguna cosa, pero siempre cosas muy limitadas. *Lo yo te*

digo no nos integran en equipo, simplemente esterilización. Yo tuve que pedir un permiso para hacer un curso sobre apósitos. A ver, si soy yo responsable del almacén, no tengo que saber que apósitos hay, si son hidrocolóides, si son siliconas, pues tuve que casi “rogarme por rodillas” para poder hacerlo. A ver si yo, mi formación, tiene que ser amplia, aunque mis acciones están limitadas, mis conocimientos tienen que ir un poquito más, para poder hacer bien mi trabajo. Cumple solo esos y muy poquitos. Ahora si que se está haciendo ya, hay una plataforma de formación, pues por ejemplo yo he hecho de duelo, de sensibilización, de relaciones con los compañeros, todo eso. Pero, a ver, si somos enfermería, deberíamos tener mucha más formación, mucho más amplia, varios conocimientos y esto tenemos muy poca cosa. (TCAE. 1 ES)

No entanto, são desvalorizadas em termos de qualificação, remuneração e direitos sociais e trabalhistas, ao não ser proporcionado o acesso à formação integral, politécnica, na sua formação humana, científica e técnica para a prestação do cuidado de enfermagem na sua integralidade e acesso ao mercado de trabalho como enfermeiras. O esperado é não haver essa divisão entre trabalho manual e intelectual, o que permitiria a tão visada “melhoria da qualidade” na atenção, posto que este corpo de profissionais poderia atuar compondo as equipes e exercendo a atuação na integralidade do cuidado, valorizadas adequadamente. No entanto, compreendemos que na dinâmica desse modo de produção social, esse é um objetivo dificilmente alcançável, quando a prioridade é outra que não uma qualidade real e o atendimento às necessidades humanas, sociais e de saúde em sua plenitude.

O trabalho em saúde não deveria de forma alguma ser realizado sem que os trabalhadores tivessem o domínio e participassem da definição da finalidade do processo de trabalho em saúde. O processo de alienação do trabalho se dá pela divisão vertical dos processos de trabalho: no interior da categoria, separa-se o trabalho manual do intelectual; no entanto, o trabalho da técnica de enfermagem não pode ser realizado sem o recurso mínimo, ainda que do saber tácito, em relação às finalidades do cuidado. Acontece a falta da teoria do cuidado de enfermagem como instrumento fundamental do processo de trabalho da enfermagem. Assim, a execução se dá com predominância do saber tácito e pouco recurso ao conhecimento científico técnico específico da enfermagem. Mas o mesmo não pode ser dito em relação à divisão social da saúde na relação enfermeira-médico? Os instrumentos do trabalho médico ocupam o espaço do processo de trabalho da enfermeira e, em verdade, seu processo de trabalho pode ser considerado uma espécie de “trabalho manual” do médico: ele subordina à sua própria lógica o trabalho das enfermeiras, na medida em que delega as tarefas que exigem menos recurso ao conhecimento propedêutico dos processos patológicos e clínicos, considerando que o médico se mantém como responsável final pela avaliação e confecção das diretrizes e avaliação clínicas. Pode-se, então, compreender que parte do trabalho da enfermeira é priorizado para a repetição de procedimentos instrumentais,

geralmente pautados na clínica médica, como, por exemplo, as práticas protocolares definidas por outros profissionais de saúde, uma repetição de utilização de instrumentos que prescindem o conhecimento da finalidade e do objeto a ser transformado na ação. Dessa forma, a execução do “trabalho manual clínico” é transferida para as enfermeiras que o fazem sem a formação da propedêutica da medicina (visto que as tarefas já estão dadas pelos protocolos), recorrendo mais ao seu saber tácito.

coisas que a gente é limitado. A gente não pode decidir, né... E só quem pode fazer isso é só o médico, dar o diagnóstico... coisa que no dia a dia a gente sabe, e às vezes muito mais do que muito médico aí, né... pela vivência, né, a trajetória da gente, que tá lidando com aquilo ali, e a gente fica limitado em esperar a opinião do médico... e a gente não pode fazer isso. (Enf. 1 BR)

Então, assim, realmente esse modelo, eu particularmente gosto, apesar de lá na frente o enfermeiro estar muito exposto porque a gente tem que falar ‘não’, é a gente que remarca, é a gente fala que não vai ter atendimento no momento... (Enf. 6 BR)

O que eu acho, eu, na minha opinião, como técnica de enfermagem, que aqui hoje em dia tem acontecido mais das enfermeiras fazerem essa absorção para depois liberar para gente, mas se for necessário, nós estamos sempre fazendo triagem. Eu faço triagem de dermatologia, assim nós como técnico, assim, tudo bem que é muitos anos, a gente até pega a experiência, mas não seria assim nossa função fazer uma triagem de dermatologia, por exemplo, que seria um nível superior para poder passarmos para o médico. Então, assim, eu acho que a gente absorve conforme a nossa sabedoria, o que a gente sabe. (Tec. Enf. 22 BR)

[...] ante ciertas crisis, en otros países, por ejemplo, en Estados Unidos ha tenido crisis... porque las crisis no son solo económicas... en Estados Unidos nació la enfermería de práctica avanzada que, se llama por una crisis de recursos humanos de profesionales médicos, que sobre todo no podían ser ubicados en zonas geográficas en las que se quedaban un poco abastecidas de atención sanitaria. Entonces un poco para sacar de apuros el sistema, se empoderó a las enfermeras comunitarias, ¿se les dio formación y más competencia y surgió esa forma avanzada no? A mí no me gusta mucho el nombre, pero bueno esta práctica avanzada creo que parece que en España se resiste un poco, existe mucha práctica avanzada, ¿pero siempre es un poco de forma extraoficial no? (Enf. 5 ES)

(...) al primer sitio y empecé a hacer ese tipo de actividades, yo era la referente, la directora del hospital me decía: “tengo un niño con fiebre puedo llevarlo?” y yo le decía: “voy a hablar con la pediatra”. “tengo no sé qué, no se cuantos, puedo resolverlo? ¿no puedo resolverlo?”. Cuando surgen de esa forma, la enfermera hace una atención a la demanda, el problema surge cuando se estructura demasiado porque todos los equipos no son iguales, entonces al final la enfermera se puede ver en una situación... **el tema es cuando una enfermera tiene que atender eso, porque no puede atenderlo el médico, pues eso es el problema. Ahí es donde veo yo el problema, al final acaba siendo un triage.** (Enf. 6 ES)

A organização do trabalho na Atenção Primária define, para ambos os segmentos da categoria da enfermagem, o trabalho para responder mais a necessidades dos programas de saúde, pautados em diretrizes voltadas a responder metas quantitativas, do que para identificar e responder necessidades de indivíduos e famílias dos grupos sociais dos territórios sob sua responsabilidade. Desta forma, é imprescindível a possibilidade de reflexão e resistência

dessas trabalhadoras, para que possam ter mais participação na definição das finalidades do cuidado.

Contudo, a finalidade do trabalho não é subsumida por completo em seu valor de uso, o que significa que o cuidado de enfermagem ocorre nos “poros” cada vez mais reduzidos das atividades do processo de trabalho, e representa, em alguma medida, o mesmo processo que ocorre na divisão sexual do trabalho de cuidado no núcleo familiar: a carga de trabalho e as horas investidas no cuidado são invisibilizadas e, porquanto não sejam valorizadas monetária e socialmente, acontecem, como não pode deixar de ser, subordinadas ao poder médico e subsumidas aos interesses do capital. O processo de divisão técnica e social do trabalho em saúde, dessa maneira, ocorre também ao se substituir a força de trabalho médico pela das enfermeiras “avançadas” ou não, como já é a realidade brasileira antes das proposições mais concretas de formação em nível de pós-graduação (mestrado). São as enfermeiras, alienadas do seu processo de trabalho, que assumem parte significativa do processo de trabalho médico ao estarem na linha de frente da atuação (presencialmente), realizando a prática clínica de diagnóstico, tratamento e cura (sempre subordinada aos protocolos, diretrizes e interesses implicados ao poder hegemônico da medicina no Estado), sob condições aviltantes de remuneração e precariedade, atendendo a uma população cada vez mais pauperizada e em condições precárias de sobrevivência pelo próprio processo de aprofundamento da crise e do desemprego estrutural que aflige franjas significativas da classe trabalhadora, diante da ausência do profissional médico. Por fim, cabe ressaltar que não se trata da falta de qualificação e de capacidades técnica e científica destas profissionais; trata-se de capitalismo mesmo: superexploração do trabalho e alienação do cuidado como dimensão fundamental do trabalho das enfermeiras, buscando recobrar fôlego e retomar taxas de lucro prejudicadas no aprofundamento da crise estrutural do capitalismo.

Pode-se dizer que, assim como Mészáros e Marx apontam em sua obra, apropriar-se da totalidade do processo de trabalho pelos trabalhadores é o caminho para a transformação desta sociedade para outra justa e que atenda às necessidades humanas e não à do capital. Nesse sentido, algumas possibilidades podem ser traçadas nesta direção: ampliar espaços de reunião no trabalho, de reflexão sobre o processo de trabalho, para formação política, espaços que possibilitem discutir concepção de saúde que compreenda que a estrutura e a dinâmica da sociedade estão na base das condições de saúde e das possibilidades de enfrentamento dos adoecimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo teve como propósito analisar os aspectos do trabalho da enfermagem na Atenção Primária, no contexto de aprofundamento da crise estrutural do capitalismo, em perspectiva comparada entre Brasil e Espanha. Nesse sentido, buscou caracterizar o fluxo dos processos de reestruturação produtiva, reformas no sistema de saúde e Atenção Primária, relacionados à precarização do trabalho da enfermagem e sua influência na configuração do processo de trabalho da categoria.

As categorias analíticas que subsidiaram a análise desta investigação proporcionaram um aprofundamento da compreensão da crise do capitalismo em suas articulações específica e dialética com as manifestações de precarização e resistência e luta das profissionais de enfermagem que sustentam a atenção à saúde nos contextos mais adversos de trabalho. É especialmente importante considerar que, apesar de todas as adversidades, estas mulheres realizam seu labor de cuidado, tensionadas pelas demandas produtivas da gestão nos serviços, para atender às necessidades de saúde em sua integralidade.

Assim sendo, a crise, que no início deste trabalho se relacionava fundamentalmente à conjuntura cíclica econômico-política do período pós 2008, revelou em ato, durante a coleta de dados, a sua profundidade e gravidade nos desdobramentos da crise sanitária da pandemia do Covid-19 em março de 2020. Entretanto, cabe chamar a atenção que, conforme já apontava Marx na *Lei Geral da Acumulação Capitalista*, a produção da crise é a principal característica deste modo de produção da existência. Ele se move em um espiral descendente e profundo de crises cíclicas que revelam sua forma predatória contra os trabalhadores, produzindo contingentes extraordinários de trabalhadores impulsionados para fora do processo produtivo a cada movimento de retomada das suas taxas de lucro. Concentrando e centralizando capital nas mãos de cada vez menos representantes da classe dominante burguesa, “cresce” sua economia na medida exata que produz miserabilidade para vultosos setores da classe trabalhadora.

O século XXI já se inicia carregando consigo a versão tardia do capitalismo no seu formato mais agressivo e destrutivo. É recorrendo à obra de Mészáros que foi possível aprofundar a discussão deste estudo no momento predominante do capitalismo em seu formato neoliberal. Os “moinhos satânicos” deste sistema de reprodução sociometabólica, para usar os termos do autor, ao atingir os “limites absolutos” da sua sana incontrolável de expansão e mercantilização da vida, demonstra seu caráter destrutivo das bases de

sobrevivência humana com consequências imprevisíveis para o meio ambiente e para a vida em sociedade, diante do desemprego crônico, da “extralimitação das mulheres” e da contradição explosiva instalada no Estado capitalista entre os interesses das frações da classe burguesa nacional e capital transnacional para liberação de todos os limites para exploração da força de trabalho. A guerra é a sua manifestação mais cabal, e já presenciamos duas delas.

Neste sentido, o problema da precarização do trabalho da enfermagem, antes de ser uma manifestação isolada de uma conjuntura cíclica de crise econômico-política, revela a ponta de um *iceberg* que concentra inúmeras contradições relacionadas ao processo de trabalho destas profissionais, diante de um cenário destrutivo da saúde e da vida das pessoas a quem atendem. O renovado interesse no “empoderamento feminino” a partir da promoção da autonomia profissional, com a ampliação do escopo de prática das enfermeiras, sob o apelo da sua responsabilidade social, é mais do que a exploração e o uso intensivo da sua força de trabalho a custos reduzidos para o sistema.

Se pegamos o fio condutor dos processos que desencadearam as discussões para a ampliação das “máximas potencialidades” das enfermeiras, percebemos que, ao fundo deste debate, encontra-se em andamento um processo de desertificação de estruturas de saúde e de criação de vazios assistenciais, sem a presença de profissionais médicos, em extensas áreas do planeta, a partir da mercantilização da saúde. Aumento dos processos migratórios intensificados diante do aumento dos conflitos e precarização da vida nos países periféricos já são visíveis.

Por outro lado, como não poderia deixar de ser no contexto da expansão do capital para o setor serviços em “escala global”, mediado pela Tecnologias da Comunicação e Informação, reforçam a demanda de produção de profissionais que possam realizar as atividades de saúde subsumidas ao interesse da circulação acelerada da mercadoria saúde, com retornos compatíveis com a dinâmica e o investimento do capital financeiro. Nestes termos, os propósitos de aumento da força de trabalho da enfermagem, apesar de louvável pela necessidade global de assistência que se apresenta aos nossos olhos, são direcionados para a formação de uma força de trabalho “motivada” para atender aos preceitos do mercado global da saúde, representado na estratégia da UHC, especialmente para “populações vulneráveis” na Atenção Primária, no contexto de um processo de desmonte dos sistemas de saúde e crise humanitária na saúde que já se instala progressivamente.

Considerando este contexto e a experiência do Brasil e da Espanha no enfrentamento de crise cíclica aguda na conjuntura pós 2008, tratamos de compreender como a manifestação concreta da crise estrutural desenvolveu-se no contexto particular dos dois países, procurando

captar o fluxo dos processos de reestruturação produtiva no trabalho da enfermagem na Atenção Primária e as mudanças na configuração do seu processo de trabalho. Realizamos um resgate histórico do contexto político de desenvolvimento dos Sistema Nacional de Saúde (SNS) espanhol e Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, Atenção Primária e da enfermagem no setor. Nesse sentido, destacamos as lutas e resistências dos profissionais diante do avanço da mercantilização da saúde nos sistemas de saúde, a introdução de métodos de gerenciamento do trabalho voltados à aferição da qualidade e às mudanças nas definições das políticas de saúde para o desenvolvimento das atividades da Atenção Primária e o respectivo processo de trabalho da enfermagem.

Podemos perceber o movimento de introdução da avaliação desempenho nos serviços públicos de forma concomitante com a restrição orçamentária para financiamento da atenção, definindo as bases para intensificação do trabalho na Atenção Primária através da relação entre o mecanismo de gerenciamento do trabalho com base na “Qualidade Total”, o uso da “gestão clínica” e o foco na assistência clínica individual articulado aos modelos de atenção “centrado nas pessoas”. Estas estratégias são baseadas nas experiências de reorientação do processo de trabalho no contexto das reformas dos sistemas de saúde e da Atenção Primária dos países anglo-saxões, incorporadas nos projetos da Medicina de Família e Comunidade e reforçadas pelos organismos internacionais e presentes hegemonicamente nos processos produtivos dos serviços na Atenção Primária, voltados, sobretudo, para a atenção individualizada aos usuários portadores de DCNT, em detrimento das abordagens coletivas da Saúde Comunitária na Espanha e Saúde Coletiva no Brasil. Desta forma, apontamos as relações deste projeto com a progressiva mercantilização da saúde no contexto de financeirização das políticas e orientação do processo de trabalho para o atendimento das metas de produção com base nos parâmetros de qualidade e “excelência clínica”, incorporadas nas políticas de saúde brasileiras e espanholas.

Ademais, compreendemos este processo articulado à restrição orçamentária para financiamento dos serviços públicos de saúde, através da aplicação das medidas de austeridade fiscal e Ajustes Estruturais no Estado, a aplicação da pragmática gerencialista das Reformas Administrativas na administração pública e da inserção da avaliação do desempenho no âmbito da “microgestão” dos serviços de saúde, como fatores que contribuíram para o reforço do modelo biomédico na Atenção Primária e vinculação do processo de trabalho da enfermagem à esta perspectiva, a partir da sua prática clínica individualizada, com base nos protocolos e diretrizes clínicas, com peso relativo do seu tempo de trabalho e foco na assistência individual aos usuários portadores de DCNT.

Por outro lado, procuramos sistematizar as bases teórico-conceituais do modelo de atenção na perspectiva da Saúde Coletiva e da Saúde Comunitária e sua influência nas definições das bases do processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária no Brasil e na Espanha. Neste seguimento, apresentamos o processo histórico de lutas e resistências da enfermagem na constituição do seu arcabouço próprio de saberes para atuação na Atenção Primária embebido nas propostas emancipatórias da Saúde Coletiva e Saúde Comunitária. Foi possível também identificar os elementos comuns da constituição destes instrumentos e da finalidade do processo de trabalho da enfermagem na Espanha e no Brasil, convergindo para o foco na atenção às necessidades sociais de saúde no âmbito coletivo, sendo a ação intersetorial no contexto dos territórios e comunitários o principal elemento comum da proposta da sua atuação, por um lado; e por outro, a atenção integral aos indivíduos e famílias com base nas relações intersubjetivas de acolhimento e escuta ativa para produção de vínculo.

Além disso, apresentamos a discussão sobre o processo histórico de avanço na profissionalização da enfermagem na Atenção Primária dos países, destacando as diferenças na organização do trabalho no interior da categoria no período de redemocratização dos países. Se por um lado, na Espanha, observa-se a redução das divisões técnica e social do trabalho da enfermagem, a partir da forte mobilização das profissionais apoiada no movimento feminista do período; por outro, no Brasil, pela própria característica do mercado de trabalho, da formação histórico-social e das diferentes posições no movimento organizado da categoria, as divisões técnica e social do trabalho não se realizou, mantendo-se três níveis de qualificação profissional na enfermagem brasileira. Neste sentido, enquanto a enfermeira na Atenção Primária espanhola assume a integralidade dos cuidados de enfermagem desprendidos aos usuários (cuidados assistenciais diretos), manifestando um caráter residual da presença das auxiliares nos Centros de Saúde; no Brasil, a organização do trabalho de cuidado é dividida técnica e socialmente entre as enfermeiras e técnicas/auxiliares de enfermagem no contexto das equipes de Saúde da Família e Atenção Básica.

Na análise comparativa do contexto de trabalho da enfermagem nos países, discutimos as diferenças relacionadas ao perfil de saúde da população atendida, destacando a fragilidade das condições de vida e saúde dos usuários, as desigualdades socioeconômicas e iniquidades em saúde na situação de saúde da população brasileira manifestada na “tríplice carga de doenças” que são objeto de atenção para a enfermagem na Atenção Primária do Brasil, implicando em elevada carga de trabalho destas profissionais no cenário brasileiro. E no cenário espanhol, a carga de trabalho é voltada, principalmente, para a atenção aos usuários portadores de DCNT, considerando o elevado índice de desenvolvimento humano, isto é, as

condições de vida e saúde e acesso à proteção social maiores que no Brasil, o que reflete a maior expectativa de vida e na atenção voltada para as necessidades de saúde diante do envelhecimento populacional espanhol. Ademais, cabe ratificar diferenças na cobertura dos serviços de saúde e do gasto público social para com o sistema universal, indicando melhores condições de trabalho tanto em termos de estrutura física, como em distribuição e quantitativo de profissionais disponíveis nos serviços. Se, no Brasil, as equipes de saúde têm de lidar com a adscrição de cerca de 4000 pessoas sob sua responsabilidade em territórios de maior fragilização nas condições socioeconômicas, na Espanha, a adscrição populacional para as equipes é, no máximo, cerca da metade do quantitativo de pessoas adscritas para os profissionais de saúde.

Na análise comparativa das manifestações concretas da crise e dos aspectos do processo de trabalho da enfermagem no cotidiano dos serviços de Atenção Primária nos países, ainda que seja um limite deste estudo o aprofundamento na análise do microprocesso de trabalho, foi possível destacar três questões fundamentais que compõem os elementos do processo de trabalho da enfermagem no Brasil e na Espanha. São elas: os instrumentos de trabalho se relacionam, sobretudo, aos saberes de apreensão do objeto necessidades de saúde, vinculados, principalmente, ao contexto de vida (social, cultural e familiar) na sua integralidade e articulado ao território-processo; saberes dos instrumentos de trabalho em duas dimensões, sendo a primeira fundamentalmente centrada na relação intersubjetiva de acolhimento, escuta ativa e vínculo e a segunda relativa ao conhecimento e aproximação da realidade concreta do contexto de vida e produção social da saúde nos territórios. A terceira questão é a síntese destas duas dimensões dos instrumentos de trabalho que compõem o saber específico da enfermagem na Atenção Primária que, de acordo com a compreensão das profissionais, são centrais para a realização das atividades subsidiárias (ferramentas de trabalho) tais como visitas domiciliares, consultas individuais, realização de procedimentos e, principalmente, a educação em saúde e ações comunitárias/intersectoriais. Não obstante, o cuidado da enfermeira também é permeado pelo conhecimento da gerência administrativa e da gestão do cuidado no trabalho coletivo das equipes.

Contudo, cabe destacar a presença comum da compreensão das atribuições pré-determinadas pelas políticas de saúde e serviços na organização das atividades, como instrumentos e finalidade em si do processo de trabalho da enfermagem. Nesta questão, ao nosso ver, reside a dificuldade de incorporação dos instrumentos e saberes específicos da enfermagem no processo de trabalho na Atenção Primária. Tal questão se manifesta antes pela própria forma de organização dos serviços, que tem cada vez mais se pautado pela

homogeneização das ações e da gestão com base fundamentalmente à pragmática utilitarista da produção de resultados imediatos e simplificados. Tais ações têm foco nas metas estabelecidas nos acordos e contratos de gestão de forma alheia aos profissionais e às necessidades reais dos usuários, específicas das localidades de trabalho. Este processo é resultado da pouca valorização da participação popular e dos profissionais nas discussões e decisões sobre as prioridades de atenção de forma ampla e democrática.

Por fim, encerramos a tese com a análise dos aspectos da crise no trabalho da enfermagem. O que antes se relacionava mais especificamente ao subfinanciamento dos sistemas de saúde e dos serviços, manifestando diversas formas de precarização de trabalho (flexibilização dos vínculos, terceirizações, contratos temporários, em meia jornada, condições materiais e estruturais precárias), especialmente no cenário brasileiro; intensificação (sobretudo no Brasil, diante da carga de trabalho estabelecida pela precariedade das condições de vida dos usuários em territórios de elevada fragilização nas condições socioeconômicas, aliado ao aumento exponencial do número de usuários sob a responsabilidade das equipes) e extensão das jornadas de trabalho sob o jugo dos modelos de gerenciamento com base na qualidade total e desempenho dos profissionais tomou vultos desproporcionais com a irrupção da pandemia do Covid-19. A pandemia mostrou a gravidade das decisões políticas de desfinanciamento dos sistemas e serviços de saúde, acarretando desgastes físico e emocional das profissionais de enfermagem já submetidas a um processo precarização anterior, o que conduziu para um cenário desastroso tanto no enfrentamento da Covid-19 junto aos usuários, como para perdas de vidas de tantas profissionais que tombaram lutando incansavelmente na defesa da vida dos usuários.

Desta forma, acreditamos que a tese tenha contribuído para dar visibilidade às demandas de melhoria das condições de trabalho e ao pedido de socorro das profissionais para um apoio e valorização real do seu trabalho, que se desenvolve num contexto de espiral de aprofundamento da crise estrutural que o capitalismo produz tanto para as condições de vida e saúde dos usuários quanto para a vida das profissionais de enfermagem, cada vez mais convocadas a atuarem neste processo, sem o real reconhecimento do seu labor de cuidado fundamental para a vida em sociedade.

REFERÊNCIAS

- ABELLÁN-LÓPEZ, M. A.; DIAS, T. F.; NEBOT, C. P. Las trayectorias modernizadoras de la administración pública. **Revista Brasileira de Políticas Públicas e Internacionais - RPPI**, João Pessoa, v. 5, n. 3, p. 251–272, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.2525-5584.2020v5n3.54673>. Acesso em: 4 ago. 2021.
- AGÊNCIA ESTATAL. **Boletín Oficial del Estado (BOE)**. Ministério de la presidencia relaciones con las cortes y memoria democrática. Disponível em: <https://www.boe.es/>. Acesso em: 30 mar. 2021.
- ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953–965, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>. Acesso em: 17 jun. 2021.
- ALI, T. Revolutionary politics: ten years after 1968. **Socialist Register**, v. 15, p. 146–157, 1978. Disponível em: <https://socialistregister.com/index.php/srv/article/view/5424>>. Acesso em: 30 maio 2021.
- ALMEIDA-FILHO, N. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis Models of social determination of chronic non-communicable diseases. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 865–884, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/nnM5F8bTMpzmkj7RGs5xvFF/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 5 jul. 2021.
- ALMEIDA, C. O Banco Mundial e as reformas contemporâneas do setor saúde. In: PEREIRA, J. M. M. (Org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: EPSJV-Fiocruz, 2014. p. 183–232.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1989.
- ALMEIDA, P. F. et al. Strategies for integrating primary health care with specialized care: parallels between Brazil and Spain. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 400–415, jul./set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000300004&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 ago. 2021.
- AMORIM, H. Centralidade e imaterialidade do trabalho: classes sociais e luta política. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 367–385, 2011. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4067/406757007004.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2021.
- AMORIM, H. As teorias do trabalho imaterial: uma reflexão crítica a partir de Marx. **Caderno CRH**, Salvador, v. 27, n. 70, p. 31–45, abr. 2014a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-49792014000100003>. Acesso em: 3 maio 2021.
- AMORIM, H. O trabalho imaterial em discussão: teoria e política. **Caderno CRH**, Salvador, v. 27, n. 70, p. 9–12, abr. 2014b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103->

49792014000100001. Acesso em: 3 maio 2021.

ANAHP. **Livro Branco Brasil Saúde 2015**: a sustentabilidade do sistema de saúde brasileiro - caderno de propostas, São Paulo: ANAHP, 2015.

ANTUNES, R. A crise, o desemprego e alguns desafios atuais. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 104, p. 632–636, 2010b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-66282010000400003>. Acesso em: 5 jul. 2021.

ANTUNES, R. A nova morfologia do trabalho, suas principais metamorfoses e significados: um balanço preliminar. In: EPSJV-FIOCRUZ (Ed.). **Trabalho, Educação e Saúde: 25 anos de Formação Politécnica no SUS**. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010a. p. 11–28.

ANTUNES, R. O toyotismo, as novas formas de acumulação de capital e as formas contemporâneas do estranhamento (alienação). **Caderno CRH**, Salvador, v. 15, n. 37, p. 23–45, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v15i37.18601>. Acesso em: 5 jul. 2021.

ANTUNES, R. O trabalho, sua nova morfologia e a era da precarização estrutural. **Theomai**, [s. l.], n. 19, p. 47–57, 2009. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12415104007>>. Acesso em: 14 jul. 2021.

ANTUNES, R. Os exercícios da subjetividade: as reificações inocentes e as reificações estranhadas. **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. spe1, p. 119–129, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-49792011000400009>. Acesso em: 5 jun. 2021.

ANTUNES, R. **O privilégio da servidão**: o novo proletariado de serviço na era digital. São Paulo: Boitempo editorial, 2018.

ANTUNES, R.; BRAGA, R. Os dias que abalaram o Brasil: as rebeliões de junho, julho de 2013. **Revista Políticas Públicas**, São Luís, v. 18, n. July, p. 41, 2014. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3211/321131273004.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

ANTUNES, R.; DRUCK, G. A terceirização sem limites: a precarização do trabalho como regra. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 34, p. 19–40, 2015. Disponível em: <<https://www.sumarios.org/artigo/terceiriza%C3%A7%C3%A3o-sem-limites-precari%C3%A7%C3%A3o-do-trabalho-como-regra>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

APPG ON GLOBAL HEALTH. **Triple Impact**: how developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth. All-Party Parliamentary Group on Global Health. Geneve. Disponível em: <<http://www.appg.globalhealth.org.uk/>>. Acesso em: 12 mar. 2021.

ARDANUY, F. M. S. Los derechos sociales ante el proceso de Reforma de la Administración Pública Española: perspectivas y alcances. **Revista jurídica de los Derechos Sociales**, v. 3, n. 2, p. 103–126, 2013. Disponível em: https://www.upo.es/revistas/index.php/lex_social/article/view/759>. Acesso em: 13 abr. 2021.

ARMAS, C. S.; HERNÁN-GARCÍA, M.; COFIÑO, R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 32, n. S1, p. 5–12, out. 2018.

Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.005>. Acesso em: 3 jul. 2021.

AROUCA, S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Rio de Janeiro: Fiocruz, Unesp, 2003. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/mis-336>>. Acesso em: 13 abr. 2021.

ARRUZZA, C.; BHATTACHARYA, T. Teoría de la Reproducción Social: elementos fundamentales para un feminismo marxista. **Archivos de historia del movimiento obrero y la izquierda**, Buenos Aires, n. 16, p. 37–69, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.46688/ahmoi.n16.251>. Acesso em: 13 abr. 2021.

AZEVEDO, M. L. N. Educação e benchmarking: meta-regulação e coordenação de políticas baseadas em indicadores e nas chamadas “boas-práticas”. In: SEMINÁRIO NACIONAL UNIVERSITAS/BR, 24., 2016, Maringá. **Anais eletrônicos...** Maringá: UEM, 2016. p. 1407-1442. Disponível em: http://www.ppe.uem.br/xxivuniversitas/anais/trabalhos/e_6/6-008.pdfAcesso em: 13 abr. 2021.

BAHIA, L.; SCHEFFER, M. O SUS e o setor privado assistencial: interpretações e fatos. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe3, p. 158–171, nov. 2018. Disponível em: 10.1590/0103-11042018S312. Acesso em: 13 abr. 2021.

BANCO MUNDIAL. **Informe sobre el desarrollo mundial**: invertir en salud, indicadores del desarrollo mundial. Washington, D.C., 1993.

BANCO MUNDIAL, G. **Um ajuste justo**: análise da eficiência e equidade do gasto público no Brasil. Brasil – Revisão das despesas públicas. 2017. Disponível em: <<https://www.worldbank.org/pt/country/brazil/publication/brazil-expenditure-review-report>>. Acesso em: 14 abr. 2021.

BAPTISTA, T. W. F. et al. As emendas parlamentares no orçamento federal da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 12, p. 2267–2279, dez. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012001400006>. Acesso em: 13 abr. 2021.

BAPTISTA, T. W. F.; REZENDE, M. A ideia de ciclo na análise de políticas públicas. In: **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: CCAPS Rio de Janeiro, 2011. p. 221–272.

BARBOSA, M. S.; RIBEIRO, M. M. F. O método clínico centrado na pessoa na formação médica como ferramenta de promoção de saúde. **Rev Med Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 26, n. Supl 8, p. 216–222, 2016. Disponível em: <<http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2152>>. Acesso em: 24 abr. 2021.

BASTOS, P. P. Z. Austeridade para quem? A crise global do capitalismo neoliberal e as alternativas no Brasil. **Texto para discussão (Instituto de Economia - Unicamp)**, Campinas, n. 257, p. 1–95, 2015. Disponível em: <<papers2://publication/uuid/1DD33CA0-C019-4C95-B64D-170107DD350B>>. Acesso em: 24 maio 2021.

BAYLE, M. S.; RUIZ, S. F. Movilizaciones sociales y profesionales en España frente a la

contrarreforma sanitária. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 886–899, out./dez. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140078>. Acesso em: 24 maio 2021.

BEHRING, E. R. As novas configurações do Estado e da Sociedade Civil no contexto da crise do capital. CFESS/ABEPSS. Serviço social: direitos sociais e competências profissionais. p. 22, 2009. Disponível em: <<https://www.poderesocial.com.br/wp-content/uploads/2017/08/1.3-Expressões-políticas-da-crise-e-as-novas-configurações-do-Estado-e-da-sociedade-civil---Elaine-Rossetti-Behring.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2021.

BEHRING, E. R. Neoliberalismo, ajuste fiscal permanente e contrarreformas no Brasil da redemocratização. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL, 16., 2018, Vitória. **Anais eletrônicos...** Vitória: UFES, 2019. p. 1-19. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/ABEPSS/article/view/22081>> Acesso em: 13 abr. 2021.

BERLINGUER, G. **A doença**. 1. ed. São Paulo: CEBES, HUCITEC, 1988.

BONFIM, D. et al. Estratégia de Saúde da Família: um estudo observacional. **Rev da Esc Enferm da USP**, São Paulo, v. 50, n. 1, p. 121–129, 2016. Disponível em: <<https://repositorio.usp.br/directbitstream/842f9682-7dcf-4493-a571-60ff2d44a58c/FUGULIN%2C%20F%20M%20T%20doc%2060e.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2021.

BONIOL, M. et al. **Gender equity in the health workforce**: analysis of 104 countries. Geneve. 2019. Disponível em: <<http://apps.who.int/bookorders>>. Acesso em: 13 abr. 2021.

BORGES, F. T.; FERNÁNDEZ, L. A. L.; CAMPOS, G. W. S. Austerity measures on fiscal policy: an attempt to dismantle the spanish national health system and citizen resistance1. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 715–728, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180043>. Acesso em: 19 maio 2021.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BOVER, A. et al. Calidad de vida de trabajadoras inmigrantes latinoamericanas como cuidadoras en España. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 29, n. 2, p. 123–126, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.09.009>. Acesso em: 28 jun. 2021.

BRAGA, R.; SANTANA, M. A. Dinâmicas da ação coletiva no Brasil contemporâneo: encontros e desencontros entre o sindicalismo e a juventude trabalhadora. **Caderno CRH**, Salvador, v. 28, n. 75, p. 529–544, 2015. Acesso em: 13 abr. 2021.

BRASIL. **Legislação Federal Brasileira**. 2021a. Disponível em: <<https://legislacao.presidencia.gov.br/>>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Plano diretor da reforma do aparelho do Estado. Brasília, DF: Presidência da República. 1995. Disponível em: <<http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final, Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde**: caminhos da institucionalização. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Coordenação de Acompanhamento e Avaliação (CAA/DAB), 2005. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS**. Ministério da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014. 160 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Regulamento Regulamento Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Lei Orgânica da Saúde. Brasília. Brasília, DF: Presidência da República, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República; 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm>. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual instrutivo PMAQ**: para equipes de atenção básica (saúde da família, saúde bucal e equipes parametrizadas) e Nasf. Ministério da Saúde; 2015. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_pmaq_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual operacional da segunda etapa da fase 2 do PROESF** - Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família Adesão e Contratualização Estadual ao Saúde Mais. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012b. p. 22. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/proesf/manual_operacional_estadual_marco2012.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual operacional de aquisições PROESF** - Projeto de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família. Brasília, DF, 2012c.

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, DF, 2017. Disponível

em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 3 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012d. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 18 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.539, de 26 de setembro de 2019**. Institui a equipe de Atenção Primária-eAP e dispõe sobre o financiamento de equipe de Saúde Bucal-eSB com carga horária diferenciada, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.979, de 12 de novembro de 2019**. Institui o Programa Previne Brasil, que estabelece novo modelo de financiamento de custeio da Atenção Primária à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2019a. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/em/eb/dou/-/portaria-n-2.979-de-12-de-novembro-de-2019-227652180>>. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 396, de 4 de março de 2011**. Institui o Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade de Rede de Saúde (Quali-SUS-Rede) e suas diretrizes operacionais gerais. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0396_04_03_2011.html>. Acesso em: 23 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**: Política Nacional de Atenção Básica, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PROESF**: Projeto de expansão e consolidação da Saúde da Família. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1996/res0196_10_10_1996.html%0Ahttp://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 19 jul. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Conselho Nacional de Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Legis**. 2021b. Disponível em: <<http://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml>>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mais perto de você**: acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ): Manual instrutivo. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2012e. Disponível

em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acesso_qualidade_programa_melhoria_pmaq.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SISAB 2020**: Sistema de informação em saúde para a Atenção Básica. 2021b. Disponível em: <https://sisab.saude.gov.br/>

BRASIL. Ministério da Saúde. **TabNet -DataSUS 2020**. 2021c. Disponível em: <<https://datasus.saude.gov.br/>>. Acesso em: 1 ago. 2021.

BRAVO, M. I. S.; MENEZES, J. S. B. A saúde nos governos Lula e Dilma: algumas reflexões. **Saúde na atualidade**, 2011.

BREDA, K. L. Qual o papel da enfermagem na saúde internacional e global? **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 489–490, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072012000300001>. Acesso em: 16 mar. 2021.

BREILH, J. **Epidemiologia Crítica**: ciência emancipadora e interculturalidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

BREILH, J. La medicina comunitaria, ¿una nueva policía médica? **Rev Mex Cienc Polit Soc**, v. 84, n. 22, p. 57–81, abr./jun. 1976. Disponível em: <<https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/3568>>. Acesso em: 16 fev. 2021.

BRESSER PEREIRA, L. C. **Reforma Administrativa do Sistema de Saúde**. v. 13, 1998. Disponível em: <<http://bresserpereira.org.br/papers/1995/97.ReformaSistemaSaude.pdf>>. Acesso em: 3 jul. 2021.

BRINGEL, B. 15-M, Podemos e os movimentos sociais na Espanha: trajetórias, conjuntura e transições. **Novos Estudos**, São Paulo, n. 103, p. 59, nov. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.25091/S0101-3300201500030003>. Acesso em: 3 jul. 2021.

BROWN, T. M.; CUETO, M.; FEE, E. A transição de saúde pública ‘internacional’ para ‘global’ e a Organização Mundial da Saúde. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 623–647, jul./set. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702006000300005>. Acesso em: 3 jul. 2021.

BUERHAUS, P. Nurse practitioners: a solution to america’s primary care crisis. **Missouri State Board of Nursing Newsletter**, Jefferson City, Missouri, v. 21, n. 1, p. 16–23, 2019. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=134467647&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 16 fev. 2021.

BUTT, M. Training community based nurses in impoverished areas of developing countries : a practical solution to a rapidly emerging global shortage of health workers force. **Middle East Journal of Nursing**, v. 9, n. 2, p. 31–35, 2015. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=103131851&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 16 fev. 2021.

CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. Necessidades de saúde e o cuidado de enfermagem em

saúde coletiva. In: SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. (Orgs.). **Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem**. São Paulo: Manole; Associação Brasileira de Enfermagem - Seção São Paulo. 2013. p. 265–292.

CAMPOS, G. W. D. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2006.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S. (Ed.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec Editora, 2006. p. 53–92.

CAMPOS, P. M. Estructuras político-administrativas en España. **Rev San Hig Púb**. v. 68, p. 57–64, 1994. Disponível em: <https://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdr_om/VOL68/68_m_057.pdf>. Acesso em: 5 jul. 2021.

CAMPOS, P. M. Política y salud en la transición democrática. In: ENRIQUE PERDIGUERO-GIL (Ed.). **Política, salud y enfermedad: del desarrollismo a la transición democrática**. Elche: Universidad Miguel Hernández, 2015. p. 50–56.

CAMPOS, P. M.; GÓMEZ, J.; NAVARRO, F. M. La salud pública durante el franquismo. **Dynamis: Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam**, v. 15, p. 211–250, 1995. Disponível em: <<https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/108738>>. Acesso em: 10 maio 2021.

CANTERO, J. Crisis y mutación del servicio público sanitario en España. **Derecho PUCP**, Lima, n. 76, p. 251–276, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.18800/derechopucp.201601.010>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

CARCANHOLO, M. D. Dialética do desenvolvimento periférico: dependência, superexploração da força de trabalho e política econômica. **Revista de Economia Contemporânea**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 247–272, maio/ago. 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rec/a/R3DpCGtLmtpBvjDx63vPD6f/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 16 fev. 2021.

CARCANHOLO, R. A. **Capital: essência e aparência I**. São Paulo: Expressão Popular, v. 1, 2011.

CARCANHOLO, R. A. **Marx, Ricardo e Smith: sobre a teoria do valor trabalho**. Vitória: Edufes. 2012.

CARCANHOLO, R. A. **O trabalho produtivo na teoria marxista**, Campinas: Unicamp, 2007.

CARDOSO, T. Z. et al. Processo de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem na atenção básica à saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1087–1093, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000600015>. Acesso em: 16 fev. 2021.

CARIA, T. H. **O uso do método etnográfico no estudo do trabalho e do saber**

profissionais. p. 1–25, 2014. Disponível em:

<https://www.academia.edu/10083310/O_uso_do_m%C3%A9todo_etnogr%C3%A1fico_no_estudo_do_trabalho_e_do_saber_profissionais_2014_>. Acesso em: 16 fev. 2021.

CARLOS, D. J. D.; MUÑOZ, M. C. G.; PADILHA, M. I. The History of spanish nursing (1953-1980): introductory notes. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 25, n. 2, p. 1–9, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-07072016001390015>. Acesso em: 20 jul. 2021.

CARNEIRO, R. **Globalização e integração periférica**. Campinas. v. 126 Texto para Discussão. Campinas: IE/UNICAMP, 2007.

CARNUT, L.; NARVAI, P. C. Avaliação de desempenho de sistemas de saúde e gerencialismo na gestão pública brasileira. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 25, n. 2, p. 290–305, abr./jun. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016144614>. Acesso em: 25 abr. 2021.

CARRIJO, C.; MARTINS, P. A. A violência doméstica e racismo contra mulheres negras. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 2, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n260721>. Acesso em: 23 jul. 2021.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudanças**. 2. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2007.

CASADO-MEJÍA, R.; RUIZ-ARIAS, E.; SOLANO-PARÉS, A. El cuidado familiar prestado por mujeres inmigrantes y su repercusión en la calidad del cuidado y en la salud. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 26, n. 6, p. 547–553, nov./dez. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.01.012>. Acesso em: 28 jun. 2021.

CASSIANI, S. H. de B.; LIRA NETO, J. C. G. Perspectivas da Enfermagem e a Campanha Nursing Now. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 71, n. 5, p. 2487–2488, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2018710501>. Acesso em: 16 fev. 2021.

CASTELL, R. A.; AINAUD, N. C. Las enfermeras y el derecho a la salud: la defensa del Servicio Nacional de Salud. **Metas Enferm**, v. 16, n. 10, p. 21–27, 2013. Disponível em: <<https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80528/las-enfermeras-y-el-derecho-a-la-salud-la-defensa-del-servicio-nacional-de-salud/>>. Acesso em: 16 fev. 2021.

CASTIEL, L. D. Utopia/Atopia: Alma Ata, Saúde Pública e o “Cazaquistão”. **Revista Internacional Interdisciplinar - INTERthesis**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 62–83, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5007/1807-1384.2012v9n2p62>>. Acesso em: 16 fev. 2021.

CASTRO, A. L. B.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Financiamento da atenção primária à saúde no Brasil. In: **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. 2018. p. 73–94.

CASTRO, J. L.; GERMANO, J. W. A difusão da Medicina Social no Brasil: o protagonismo de Juan César Garcia e da OPAS. **Revista Cronos**, Natal, v. 11, n. 3, p. 219-233, 2012.

Disponível em: < <https://periodicos.ufrn.br/cronos/article/view/1697/1169>>. Acesso em: 23 maio 2021.

CAVALCANTE, P. Gestão pública contemporânea: do movimento gerencialista ao pós-NPM. **Texto para discussão 2319 (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada)**, Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2017. p. 1–48.

CHESNAIS, F. Mundialização: o capital financeiro. **Revista Outubro**, v. 2, n. 5, p. 7–28, 2001. Disponível em: <<http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/02/Revista-Outubro-Edição-5-Artigo-02.pdf>>. Acesso em: 16 fev. 2021.

CIAVATTA, M. Estudos comparados: sua epistemologia e sua historicidade. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. suppl 1, p. 129–151, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462009000400007>. Acesso em: 9 maio 2021.

CODATO, A. Marx: a política, o poder e o Estado capitalista. In: FIGUEIREDO, V. (Ed.). **Filósofos na sala de aula - Volume 2**. 1. ed. São Paulo: Berlendis & Vertecchia, 2007. p. 110–154.

COMELLAS-OLIVA, M. Construcción de la enfermera de práctica avanzada en Catalunya (España). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 5, p. 991–995, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000500991&lng=es&tlng=es>. Acesso em: 5 ago. 2021.

CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA. Instituto Español de Investigación en Enfermería. **Informe de recursos humanos de enfermería**. Madrid, 2020. Disponível em: <<https://www.consejogeneralenfermeria.org/normativa/documentos-de-interes/otros-documentos/send/69-otros-documentos/1446-informe-de-recursos-humanos-de-enfermeria>>. Acesso em: 19 maio 2021.

CORDEIRO, H. A medicina de grupo e o complexo médico-industrial. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 22–37, jul./set.1983. Disponível em: <<https://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/10658/9655>>. Acesso em: 19 maio 2021.

CORRÊA, V. de A. F.; ACIOLI, S.; TINOCO, T. F. The care of nurses in the Family Health Strategy: practices and theoretical foundation. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. supl.6, p. 2767–2774, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0383>. Acesso em: 12 abr. 2021.

CORREIA, M. V.; SANTOS, V. M. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: as Organizações Sociais em questão. In: BRAVO, M. I. S. et al. (Ed.). **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro/Rede Sirius, 2015. p. 33–39.

CRISP, N.; IRO, E. Nursing now campaign: raising the status of nurses. **The Lancet**, Londres, v. 391, n. 10124, p. 920–921, 2018. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30494-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30494-X). Acesso em: 15 mar. 2021.

CRUZ, M. M.; SANTOS, E. M.. Avaliação de saúde na atenção básica: perspectivas teóricas e desafios metodológicos. In: MATTA, G. C.; MOURA, A. L. de. **Políticas de saúde:**

organização e operacionalização do sistema único de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 267–284. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/eps-1628>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

CUETO, M. The origins of primary health care and selective primary health care. **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 94, n. 11, p. 1864–1874, 2004. Disponível em: [10.2105/ajph.94.11.1864](https://doi.org/10.2105/ajph.94.11.1864). Acesso em: 25 mar. 2021.

CUETO, M. **Historia, salud y globalización.** Lima: IEP, UPCH, 2006.

CUETO, M. O legado de Alma-Ata, 40 anos depois. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 845–848, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00169>. Acesso em: 25 abr. 2021.

DAL ROSSO, S. Teoria do valor e trabalho produtivo no setor de serviços. **Caderno CRH**, Salvador, v. 27, n. 70, p. 75–89, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-49792014000100006>. Acesso em: 18 abr. 2021.

DAVID, H. M. S. L. et al. Organização do trabalho de enfermagem na Atenção Básica: uma questão para a saúde do trabalhador. **Texto & Contexto enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 206–214, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000200002>. Acesso em: 25 abr. 2021.

DAVID, H. M. S. L. et al. O Enfermeiro na Atenção Básica: processo de trabalho, práticas de saúde e desafios contemporâneos. In: **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 337–367.

DAVID, H. M. S. L. et al. Percepções de enfermeiras espanholas sobre a crise econômica e os impactos no sistema de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 3, e20190283, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0283>. Acesso em: 20 jun. 2021.

DAVID, H. M. S. L. et al. Infection and mortality of nursing personnel in Brazil from COVID-19: A cross-sectional study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 124, p. 104089, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104089>. Acesso em: 20 jun. 2021.

DEN BOER, J.; NIEBOER, A. P.; CRAMM, J. M. A cross-sectional study investigating patient-centred care, co-creation of care, well-being and job satisfaction among nurses. **Journal of Nursing Management**, v. 25, n. 7, p. 577–584, 2017. Disponível em: [10.1111/jonm.12496](https://doi.org/10.1111/jonm.12496). Epub 2017 Jul 11. Acesso em: 16 ago. 2021.

DIAS, E. F. “Reestruturação produtiva”: forma atual da luta de classes. **Revista Outubro**, v. 46, p. 45–52, 1998. Disponível em: <<http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/02/Revista-Outubro-Edic%CC%A7a%CC%83o-1-03.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2021.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade.** 2. ed. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DRAIBE, S.; HENRIQUE, W. “Welfare State”, crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 3, n. 6, p. 57–78, 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000058&pid=S1984-9230200000010000500021&lng=pt> Acesso em: 16 ago. 2021.

DRENNAN, V. M. et al. Tackling the workforce crisis in district nursing: can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study. **BMJ Open**, v. 8, n. 6, 2018. Disponível em: <<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85053124469&doi=10.1136%2Fbmjopen-2018-021931&partnerID=40&md5=f556ae03a7ee7cd18301bc578f7e92ce>>. Acesso em: 17 ago. 2021.

DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. spe1, p. 37–57, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-49792011000400004>. Acesso em: 16 ago. 2021.

DUARTE-CLIMENTS, G. et al. Impact of the case management model through community liaison nurses. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, , v. 16, n. 11, 2019. Disponível em: <<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85067313604&doi=10.3390%2Fijerph16111894&partnerID=40&md5=7df081b2186abe468ac7f523fde674ff>>. Acesso em: 16 ago. 2021.

ENRIQUE, L.; CARVAJAL, O. La larga sombra de Mayo del 68. **Dossiers feministes**, [s. l.], v. 0, n. 12, p. 49–68, 2008. Disponível em: <<https://raco.cat/index.php/DossiersFeministes/article/view/140706>>. Acesso em: 12 ago. 2021.

EPSJV-FIOCRUZ. **Processo de trabalho dos técnicos em saúde na perspectiva dos saberes, práticas e competências**. Relatório Final Período: janeiro de 2015 a janeiro de 2017. Rio de Janeiro. 2017. Disponível em: <[http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/Processo Trabalho Tecnicos.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/Processo%20Trabalho%20Técnicos.pdf)>. Acesso em: 23 jul. 2021.

ESCOREL, S. Equidade em Saúde. In: Pereira I. B.; Lima, J. C. F. (Ed.) **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008, p. 202–210. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/143.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2021.

ESPAÑA. **Boletín Oficial del Estado**. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. 2021a. Disponível em: <<https://www.boe.es>>. Acesso em: 14 abr. 2021.

ESPAÑA. **Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2019: aspectos destacados informes, estudios e investigación 2020**. Madrid, 2021. Disponível em: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe_SNS_2019.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2021.

ESPAÑA. **Informe Plan de calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006-2010**. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid; 2009. p. 1–68. Disponível

em: <https://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/informe0610/InformePlanCalidad_ESP.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2021.

ESPAÑA. **Ley 14/1986, de 25 de abril**, General de Sanidad [Internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 102, de 29 de abril de 1986. Madrid: Jefatura del Estado; 1986. p. 1–49. Disponível em: <<https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>>. Acesso em: 6 fev. 2021.

ESPAÑA. **Ley 16/2003 de 28 de mayo de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**. Boletín Oficial del Estado (BOE), n. 128, de 29 de mayo de 2003. Madrid, 2003a. Disponível em: <<https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-10715-consolidado.pdf>>. Acesso em 25 mar. 2021.

ESPAÑA. **Ley 44/2003, de 21 de noviembre**, de ordenación de las profesiones sanitarias. [Internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 280, de 22 de noviembre de 2003. Madrid: Jefatura del Estado, 2003c. p. 1–29. Disponível em: <<https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2021.

ESPAÑA. **Ley 55 / 2003, de 16 de diciembre**, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. [Internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 301, de 17 de diciembre de 2003. Madrid, 2013B. Disponível em: <<https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-23101-consolidado.pdf>>. Acesso em: 6 fev. 2021.

ESPAÑA. **Ley 7/2007, de 12 de abril**, del Estatuto Básico del Empleado Público. In: Boletín Oficial del Estado (BOE), núm 89, de 13 de abril de 2007. Madrid: Jefatura del Estado, 2007b. p. 1–58.

ESPAÑA . **Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre**, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, 2018a.

ESPAÑA. **Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud**. Sanidad, Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2010. 1–73 p. Disponível em: <<https://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2021.

ESPAÑA. **Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria**. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar; 2019. p. 47. Disponível em: <https://www.msrebs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2021.

ESPAÑA. **Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012**. Proyecto AP-21 - Estrategias para la mejora de la Atención Primaria. Análisis de situación de la Atención Primaria [Internet]. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2007a. Disponível

em: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2021.

ESPAÑA. **Ministerio de Sanidad**. 2021b. Disponível em: <<https://www.msbs.gob.es>>. Acesso em: 14 abr. 2021.

ESPAÑA. **Portal de la transparencia**. Administración General del Estado. 2021c. Disponível em: <<https://transparencia.gob.es>>. Acesso em: 14 abr. 2021.

ESPAÑA. **Real Decreto Ley 1030/2006, de 15 de septiembre**, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización [Internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 222, de 16 de septiembre de 2006. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. p. 1–90. Disponível em: <<https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-16212-consolidado.pdf>>. Acesso em: 4 fev. 2021.

ESPAÑA. **Real Decreto Ley 137/1984, de 11 de enero**, sobre estructuras básicas de salud [Internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE) nº 27, de 1 de febrero de 1984. Madrid; 1984. Disponível em: <<https://www.boe.es/buscar/pdf/1984/BOE-A-1984-2574-consolidado.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2021.

ESPAÑA. **Real Decreto 450/2005, de 22 de abril**, sobre especialidades de Enfermería. [Internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 108, de 6 de mayo de 2005. Madrid: Jefatura del Estado, 2005. p. 15480–6. Disponível em: <<https://www.boe.es/boe/dias/2005/05/06/pdfs/A15480-15486.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2021.

ESPAÑA. **Real Decreto Ley 463/2020, de 14 de marzo**, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Boe - Ministerio de la Presidencia Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática, n. 67, 2020.

ESPAÑA . **Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio**, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud [Internet]. Boletín Oficial del Estado (BOE), n. 183. Madrid; 2018b. Disponível em: <<https://www.boe.es/boe/dias/2018/07/30/pdfs/BOE-A-2018-10752.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2021.

ESPAÑA. **Reforma de las administraciones públicas** - Comisión para la reforma de las administraciones públicas (CORA). Madrid: Comisión para la reforma de las administraciones públicas (CORA), 2012. p. 253. Disponível em: <<https://transparencia.gob.es/transparencia/dam/jcr:b1c69477-9882-41a5-9f6d-5cbb46fa12b4/reforma-AAPP.PDF>>. Acesso em: 2 mar. 2021.

ESPAÑA. **Sistema de Información de Atención Primaria** – SIAP. 2021b. Disponível em: <<https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm>>. Acesso em: 23 ago. 2021.

EVANGELISTA, O. Apontamentos para o trabalho com documentos de política educacional. In: Araujo, R. M. L.; Rodrigues, D. S. (Org.). **A pesquisa em trabalho, educação e políticas educacionais**. Campinas: Alínea, 2012. p. 52–71.

FACCHINI, L. A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 208–223, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>. Acesso em: 14 fev. 2021.

FADSP. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. **Unidades de gestion clinica ¿un rodeo para la privatizacion sanitaria?** Madrid, 2014. Disponível em: <<https://www.actasanitaria.com/wp-content/uploads/2014/02/FADSP-UNIDADES-DE-GESTION-CLINICA.pdf>>. Acesso em: 14 fev. 2021.

FEDERICI, S. **O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista**. São Paulo: Editora Elefante, 2019.

FERNANDES, A. E. S. M. A cultura política da crise dos anos 80. In: FERNANDES, A. E. S. M. (Ed.). **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: Cortez Editora; 1995. p. 867–116.

FERRACCIOLI, P.; ACIOLI, S. As diferentes dimensões do cuidado na prática realizada por enfermeiros no âmbito da atenção básica. **Revista de Pesquisa: Cuidado é fundamental online**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 28–36, 2017. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3964/pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2021.

FERREIRA, M. R. J.; MENDES, A. N. Commodification in the reforms of the German, French and British health systems. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2159–2170, 2018. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/en/articles/commodification-in-the-reforms-of-the-german-french-and-british-health-systems/16838?id=16838>>. Acesso em: 4 jul. 2021.

FHS. **Future Health Markets: a meeting statement from Bellagio**. Bellagio, Itália: Rockefeller Foundation, 2012. p. 1–8. Disponível em: <<https://static.squarespace.com/static/5034f626e4b09af678ebcd47/52c594f5e4b01a09cde0f896/52c594f5e4b01a09cde0faf7/1355906022603/bellagio-future-health-markets-statement-final.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2021.

FILGUEIRAS, L. **Neoliberalismo e crise na América Latina: o caso do Brasil**. CLACSO, [s. l.], p. 1–10, 2003. Disponível em: <<http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/se/20100723022522/filgueiras.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2021.

FILIPPON, J. A abertura da saúde nacional ao capital estrangeiro: efeitos do mercado global no Brasil. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 107:1127–37, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-110420161070266>. Acesso em: 28 mar. 2021.

FILIPPON, J. et al. A “liberalização” do Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra: trajetória e riscos para o direito à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 8, p. 1–15, 2016. Acesso em: 28 mar. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00034716>. Acesso em: 28 mar. 2021.

FLEURY, S. **Teoria da reforma sanitária**: diálogos críticos. Rio de Janeiro: SciELO-Editora FIOCRUZ, 2018.

FONTES, V. Capitalismo em tempos de uberização: do emprego ao trabalho. **Marx e o Marxismo**, Niterói, v. 5, n. 8, p. 45–67, 2017. Disponível em: <<https://www.niepmarx.blog.br/revistadoniep/index.php/MM/issue/view/9>>. Acesso em: 9 jun. 2021.

FONTES, V. A transformação dos meios de existência em capital – expropriações, mercado e propriedade. In: BOSCHETTI, I. (Org.). **Expropriação e direitos no capitalismo**. São Paulo: Cortez Editora, 2018. p. 17–61.

FORTES, P. A. C.; CARVALHO, R. R. P.; LOUVISON, M. C. P. Economic crisis and counter-reform of universal health care systems: spanish case. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 49, p. 34, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005469>. Acesso em: 9 jun. 2021.

FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: **Microfísica do Poder**. 22. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2008. p. 79–89.

FRASER, N. Contradições entre capital e cuidado. **Princípios: Revista de Filosofia**, Natal, v. 27, n. 53, maio/ago. 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufrn.br/principios/issue/view/1041>>. Acesso em: 25 jul. 2021.

FREITAS, R. G.; COELHO, H. R. Modernizar para não ficar para trás: políticas de emulação neoliberal no sistema educacional italiano. **Marx e o Marxismo-Revista do NIEP-Marx**, Niterói, v. 6, n. 11, p. 264–277, 2018. Disponível em: <<https://www.niepmarx.blog.br/revistadoniep/index.php/MM/issue/view/12>>. Acesso em: 15 abr. 2021.

FRIGOTTO, G. Educação, crise do trabalho assalariado e do desenvolvimento: teorias em conflito. In: FRIGOTTO, G. (Org.). **Educação e crise do trabalho**: perspectivas de final de século. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. p. 25–54.

GADELHA, P. et al. **A saúde no Brasil em 2030**: população e perfil sanitário. v. 2. Rio de Janeiro: Saúde Brasil 2030, 2013.

GALAVOTE, H. S. et al. The nurse's work in primary health care. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 90–98, jan./mar. 2016. Disponível em: 10.5935/1414-8145.20160013. Acesso em: 13 jul. 2021.

GALIANA-SÁNCHEZ, M. E. Reforma sanitaria y transición democrática. In: PERDIGUERO-GIL, E. (Ed.). **Política, salud y enfermedad en España**: entre el desarrollismo y la transición democrática. Elche: Universidad Miguel Hernández, 2015. p. 48–49.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: inserção brasileira no projeto do Conselho Internacional de Enfermeiras. **Acta**

Paul Enferm., São Paulo, v. 22, n. spe 70 anos, p. 875–879, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ape/a/MMXrXxrQT9JHcZnm4CwqPsf/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 4 ago. 2021.

GARCÍA, M. M. Los planes autonómicos de mejora de la Atención Primaria. In: Palomo COBOS, L.; SÁNCHEZ BAYLE, M. (Ed.). **Expectativas y realidades en la atención primaria española**. Madrid: Fundación 1º de Mayo, 2010. p. 331–364. Disponível em: <<https://fadsp.es/wp-content/uploads/2021/04/ATT-PRIMARIA.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2021.

GARRIDO, R. U. El gasto sanitario y su financiación: evolución, tendencias y reflexiones para el futuro. **RAE: Revista Asturiana de Economía**, Oviedo, n. 35, p. 45–65, 2006. Disponível em: <<http://www.revistaasturianadeeconomia.org/raepdf/35/P45URBANOS.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2021.

GEA-SÁNCHEZ, M. et al. Conflictos entre la ética enfermera y la legislación sanitaria en España. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 30, n. 3, p. 178–183, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.02.005>>. Acesso em: 10 jun. 2021.

GEA-SÁNCHEZ, M. et al. The resistance of nurses to austerity measures in the health sector during the financial crisis in Spain. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 35, n. 1, p. 42–47, 2021. Disponível em: 10.1016/j.gaceta.2019.08.009. Acesso em: 10 jun. 2021.

GERMÁN BES, C. **La revolución de las batas blancas: la enfermería española de 1976 a 1978**. Madrid: Prensas Universitarias de Zaragoza, 2013.

GERVÁS, J. et al. **Atención Primaria en España**. Valoración para un aprendizaje por aciertto/error. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo; Porto Alegre: Editora Atlas AS, 2008.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000800502&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 18 mar. 2021.

GIOVANELLA, L. et al. Universal health system and universal health coverage: Assumptions and strategies. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763–1776, 2018a. Disponível em: 10.1590/1413-81232018236.05562018. Acesso em: 19 mar. 2021.

GIOVANELLA, L. et al. Contribuições dos Estudos PMAQ-AB para a avaliação da APS no Brasil. In: MENDONÇA, M. H. M. et al. (Ed.). **Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2018b. p. 569–610. Acesso em: 19 mar. 2021.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas

universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 3, p. 1-6, 2019a. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/33755>>. Acesso em: 20 mar. 2021.

GIOVANELLA, L. et al. Médicos pelo Brasil: caminho para a privatização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 10, p. e00178619, out. 2019b. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00178619>. Acesso em: 20 mar. 2021.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. de. National primary health care policy: Where are we headed to? **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1475–1482, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.01842020>. Acesso em: 18 abr. 2021.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. De. Atenção Primária à Saúde. In: **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: SciELO-Editora Fiocruz, 2012. p. 575–626. Acesso em: 8 abr. 2021.

GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. *Cad Saude Publica*. v. 35, n. 3, e00012219, 2019a. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/9rWTS9ZvcYxqdY8ZTJMmPMH/?lang=pt>>. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00012219>. Acesso em: 18 mar. 2021.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Crise financeira europeia e sistemas de saúde: universalidade ameaçada? Tendências das reformas de saúde na Alemanha, Reino Unido e Espanha **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 11, p. 2263-2281, 2014. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/28901>>. Acesso em: 14 mar. 2021.

GOMES, D. O.; CARNEIRO, E. M. C.; MADEIRA, M. Z. A. Mulheres negras, racismo estrutural e resistências. **ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL**, 16., 2018, Vitória. **Anais eletrônicos...** Vitória: UFES p. 1–19, 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufes.br/abepss/article/view/23419>>. Acesso em: 28 mar. 2021.

GOMES, R. et al. The polisemy of clinical governance: a review of literature. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 8, p. 2431–2439, 2015. Disponível em: [10.1590/1413-81232015208.11492014](https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11492014). Acesso em: 18 abr. 2021.

GOMES, R.; LIMA, V. V. A Gestão da Clínica em questão. **Scientia Medica**, [s. l.], v. 27, n. 2, p. 2, 2017. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/porta1/resource/pt/biblio-848082>>. Acesso em: 18 mar. 2021.

GOMES, R. M.; SCHRAIBER, L. B. A dialética humanização-alienação como recurso à compreensão crítica da desumanização das práticas de saúde: alguns elementos conceituais. **Interface - Comunic. Saude, Educ.**, São Paulo, v. 15, n. 37, p. 339–350, abr./jun. 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/icse/a/nZVnPxbjgqV4JkZQfppMJLS/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2021.

GONZÁLEZ, E. M. Á. La gestión indirecta de la asistencia sanitaria pública en tiempos de crisis. **DS: Derecho y salud**, Valencia, v. 23, n. 2, p. 43–60, 2013. Disponível em: <https://www.ajs.es/sites/default/files/2020-05/vol23n2_02_Estudio.pdf>. Acesso em: 02 jul. 2021.

GOUVÊA, M. M. “Financeirização”, “globalização” e Imperialismo no século XXI - apontamentos sobre o atual padrão de reprodução de capital. In: VI ENCUENTRO DE ECONOMÍA POLÍTICA Y DERECHOS HUMANOS, 6., 2012, Buenos Aires. **Anais eletrônicos...** Buenos Aires: Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo, 2012. Disponível em: <<https://www.madres.org/documentos/doc20130123130511.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2021.

GUIMARÃES, L.; FREIRE, J. M. Los temas de salud en la Unión Europea: Su impacto en la sanidad española. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. Sup.2, p. 143–154, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400004>. Acesso em: 23 jul. 2021.

GUIMARÃES, N. A. Qualificação como relação social. In: **Dicionário da educação profissional em saúde. Fiocruz**. Rio de Janeiro: EPSJV-Fiocruz, 2008. p. 335–340.
GUSSO, G. The international classification of primary care: capturing and sorting clinical information. **Ciência & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 1241–1250, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.30922019>>. Acesso em: 23 abr. 2021.

HANSEN-TURTON, T.; RITTER, A.; VALDEZ, B. Developing alliances: how advanced practice nurses became part of the prescription for Pennsylvania. **Policy, Politics & Nursing Practice**, National Nursing Centers Consortium, Philadelphia, v. 10, n. 1, p. 7–15, 2009. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105525174&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 23 abr. 2021.

HARVEY, D. **A condição pós-moderna**. 17. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

HERMIDA, P. M. V. Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. **Rev Bras Enferm**. Brasília, v. 57, n. 6, p. 733–737, nov./dez. 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/S6h7SWWFnGsMkyxKr9XbYSk/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 4 ago. 2021.

HERNÁN-GARCÍA, M. et al. Fundamentos del enfoque de activos para la salud en atención primaria de salud. **FMC Formacion Medica Continuada en Atencion Primaria**, Barcelona, v. 26, n. 7 (supl. 1), p. 1–9, ago./set. 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.fmc.2019.06.005>>. Acesso em: 28 jul. 2021.

HERNÁN GARCÍA, M. et al. Quién, cómo y qué: salud comunitaria y administración local. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 32, n. S1, p. 1–4, out. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10.001>. Acesso em: 28 jun. 2021.

HIRATA, H. Globalização e divisão sexual do trabalho. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 17–

18, p. 139–156, 2002. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cpa/a/PcsfvS6CPpgQRZLRmdTzgxL/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 2 ago. 2021.

HIRATA, H. Mudanças e permanências nas desigualdades de gênero: divisão sexual do trabalho, uma perspectiva comparada. *Análise* n^o 7/2015 - Friedrich Ebert Stiftung Brasil, v. 7, p. 1–20, 2015. Disponível em: <<https://library.fes.de/pdf-files/bueros/brasilien/12133.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2021.

HIRATA, H.; KERGOAT, D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 595–609, 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cp/a/cCztcWVvvtWGDvFqRmdsBWQ/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 6 jun. 2021.

HUERTAS, R. Política sanitaria: de la dictadura de Primo de Rivera a la II^a República. **Revista Española de Salud Pública**, Madrid, v. 74, n. mon, p. 35–43, 2000. Disponível em: <https://www.msbs.gob.es/en/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL74/74_m_035.pdf>. Acesso em: 2 abr. 2021.

HUESO NAVARRO, F. **Factores de desarrollo en la Enfermería Comunitaria española en los últimos 25 años / Fabiola Hueso Navarro**. 2015. Universidad de Zaragoza: Zaragoza, 2015.

HUWS, U. Mundo material: o mito da economia imaterial. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**, Londrina, v. 16, n. 1, p. 24–54, 2011. Disponível em: 10.5433/2176-6665.2011v16n1p24 Acesso em: 16 jun. 2021.

HUWS, U. E. Vida, trabalho e valor no século XXI: desfazendo o nó. **Caderno CRH**, Salvador, v. 27, n. 70, p. 13–30, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-49792014000100002>. Acesso em: 16 jun. 2021.

IASI, M. **Política, estado e ideologia na trama conjuntural**. 1. ed. São Paulo: Instituto Caio Prado Júnior, 2017.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2021. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 1 ago. 2021.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Pesquisa nacional de saúde de 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Coordenação de Trabalho e Rendimento, editor. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. 85 p. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>>. Acesso em: 1 ago. 2021.

INE. **Instituto Nacional de Estadística**. 2021. Disponível em: <<https://www.ine.es/>>. Acesso em: 1 ago. 2021.

IGLESIAS-ONOFRIO, M.; RODRIGO CANO, D.; BENÍTEZ EYZAGUIRRE, L. Marea Verde y Marea Blanca: nuevas formas de comunicación y acción colectiva. **Revista Científica de Información y Comunicación**, n. 15, p. 193-221, 2018. Disponível em: <<https://icjournal-ojs.org/index.php/IC-Journal/article/view/406>>. Acesso em 23 jul. 2021.

IRIART, C. Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1619–1626, 2008. Disponível em: < Acesso em: 21 abr. 2021.

JANSEN-FERREIRA, M. R. Mercantilização dos sistemas de saúde: caracterização nos sistemas de saúde europeus e indícios no SUS—lições para o Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ECONOMIA POLÍTICA, 23., 2018, Niterói, **Anais...** Niterói: UFF, 2018. Disponível em: <<https://sep.org.br/anais/Trabalhos%20para%20o%20site/Area%205/71.pdf>>. Acesso em: 5 abr. 2021.

KEBIAN, L. V. A.; ACIOLI S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. **Rev Eletrônica Enferm.** v. 16, n. 1, p.161–169, 2010. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/20260>>. Acesso em: 30 jun. 2021.

KERGOAT, D. A relação social de sexo da reprodução das relações sociais à sua subversão. **Pro-posições**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 47–59, 2002. Disponível em: < <https://fe-old.fe.unicamp.br/pf-fe/publicacao/2125/37-dossie-kergoatd.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2021.

KOSIK, K. **Dialética do Concreto - Karel Kosik**. 2. ed. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra S/A, 1976.

KUENZER, A. Z. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 107–120, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462004000100007>. Acesso em: 6 jun. 2021.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. **Revista Latinoamericana de Salud**, [s. l.], v. 2, p. 7–25, 1982. Disponível em: < <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/02/Cuadernos-Medico-Sociales-19.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2021.

LAZARINI, W. S. et al. Políticas de saúde no Brasil: uma análise a partir dos projetos financiados pelo Banco Mundial durante os governos Lula e Dilma. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 1–12, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902021190747>. Acesso em: 6 jun. 2021.

LEACH, K.; SHEPHERD, A. B. The role of nurses in commissioning services within primary care. **British Journal of Community Nursing**, Pre Registration Student Nurse, The Florence Nightingale school of Nursing, King’s College London, v. 18, n. 4, p. 187–192, 2013. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=104274015&lang=pt->

br&site=ehost-live>. Acesso em: 14 jun. 2021.

LEHER, R. Reforma do Estado: o privado contra o público. **Trab Educ e Saúde**. Rio de Janeiro. v. 1, n. 2, p. 203–28, 2003.

Disponível: <<https://www.scielo.br/j/tes/a/NhjhPwHSQNc99GT6kjdCNDC/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 6 jun. 2021.

LEMA TOMÉ, M. La reforma sanitaria en España: especial referencia a la población inmigrante en situación administrativa irregular. **Eunomía Rev en Cult la Leg**. n. 5, p. 95–115, 2014. Disponível em: <<https://e-revistas.uc3m.es/index.php/EUNOM/article/view/2149>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

LEWIS, R.; KELLY, S. GP/GPN partner* perspectives on clinical placements for student nurses in general practice: can a community of practice help to change the prevailing culture within general practice? **BMC Family Practice**, Sheffield, v. 19, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12875-018-0842-2>>. Acesso em: 15 mar. 2021.

LIMA, J. C. F. O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde”. In: PEREIRA, J. M. M. (Org.). **A demolição de direitos: um exame das políticas do Banco Mundial para a educação e a saúde (1980-2013)**. Rio de Janeiro: EPSJV -Fiocruz, 2014. p. 233–253.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história de três dimensões. In: FINKELMAN, J. (org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 25–116.

LIMA, J. C. F. **Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem**. 2010. Tese (Doutorado em Educação) — Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

LÓPEZ, B. D. M. La recuperación de la Universalidad de la Asistencia Sanitaria tras el Real Decreto-Ley 7 / 2018, de 27 de julio. **Revista jurídica de los Derechos Sociales**, Sevilla, v. 9, n. 1, p. 295–337, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.46661/lexsocial.3984>. Acesso em: 3 jul. 2021.

LOUREIRO, B. R. de C.; RIBEIRO, D. C. Política social neoliberal: expressão da necessária relação estado/capital em tempos de crise estrutural do capital. **Mediações - Revista de Ciências Sociais**, Londrina, v. 16, n. 1, p. 292–308, 2011. Disponível em: 10.5433/2176-6665.2011v16n1p292. Acesso em: 6 jun. 2021.

LUCE, M. S. **Teoria marxista da dependência: problemas e categorias**. Uma visão histórica. São Paulo: Expressão Popular, 2018.

LUKÁCS, G. As bases ontológicas do pensamento e da atividade do homem. In: COUTINHO, C. N. (Ed.). Congresso Filosófico Mundial [Internet]. Viena, 1968. p. 225–245. Disponível em: http://www.gestaoescolar.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/sem_pedagogica/fev_2009/bases_ontologicas_pensamento_atividade_homem_lukacs.pdf. Acesso em: 6 jun. 2021.

- LUPATINI, M. Crise do capital e dívida pública. In: SALVADOR, E. (org.). **Financeirização, fundo público e política social**. São Paulo: Cortez, 2012. p. 59-91.
- MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; BAPTISTA, T. W. de F. Health policies in Brazil in times of contradiction: paths and pitfalls in the construction of a universal system. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, p. S144–S160, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129616>. Acesso em: 6 jun. 2021.
- MACHADO, M. H. **Perfil da enfermagem no Brasil**: relatório final. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2021.
- MANCHESTER, A. NPs could solve rural health crisis. **Kai Tiaki Nursing New Zealand**, v. 24, n. 5, p. 28, 2018. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=130352800&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 21 jul. 2021.
- MARINHO, A. et al. **Texto para discussão nº 972**: Os determinantes dos investimentos em capital fixo no sistema hospitalar brasileiro: um guia metodológico integrado com bases de dados e fontes de informações. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/2907/1/TD_972.pdf. Acesso em: 23 jul. 2021.
- MARINI, R. M. **Dialética da dependência**. Petrópolis: Vozes/Clacso, 2000.
- MARTÍN, J. J. M.; GONZÁLEZ, M. del P. L. del A. La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en España. **Ciencia & Saude Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2773–2782, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/mDZLXB5YW8v4FQzdLLCc5Wv/?lang=es&format=pdf>>. Acesso em: 03 jun. 2021.
- MARTÍNEZ-RIERA, J. R. Crisis y enfermeras. **Revista Rol enfermería**, Barcelona, v. 35, n. 2, p. 108-119, 2012. Disponível em: < <http://hdl.handle.net/10045/35568>>. Acesso em: 19 ago. 2021.
- MARTÍNEZ, J. M. G. La OCDE en la definición de políticas económicas en España. OCDE y constitución económica: desarrollo e influencia de la OCDE en la era de la globalización. **Estudios de Deusto**, Bilbao, v. 64, n. 1, p. 165, 2016. Disponível em: 10.18543/ed-64(1)-2016pp165-205. Acesso em: 21 abr. 2021.
- MARX, K. **O capital**: crítica da economia política Livro I: o processo de produção do capital. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2017. v. I
- MASCARO, A. L. **Crise e golpe**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2018.
- MATEO, J. P. Distorsiones y desequilibrios en la dinámica de acumulación de la economía en España. **Problemas del Desarrollo**, México, v. 48, n. 191, p. 55–82, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpd.2017.11.004>>. Acesso em: 4 jun. 2021.

MATIAS-PEREIRA, J. Administração pública comparada: uma avaliação das reformas administrativas do Brasil, EUA e União Européia. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, p. 61–82, 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rap/a/FS8639jwkgbK8Vk3GrzDb9Q/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 4 jun. 2021.

MATOS, M. Movimento e teoria feminista: É possível reconstruir a teoria feminista a partir do Sul Global. **Rev Sociol e Polit.** v. 18, n. 33, p. 67–92, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsocp/a/d3NZRM8zPZb49RYwdSPr5jQ/?format=pdf&lang=p>>.t. Acesso em: 4 jun. 2021.

MATTA, G. C. A organização mundial da saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 371–396, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462005000200007>. Acesso em: 4 jun. 2021.

MELO, E.; MATTOS, R. Gestão do Cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa da vida? In: MENDONÇA, M. H. M. et al. (Eds.). **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro: SciELO-Editora Fiocruz, 2018. p. 95–115.

MELLO, G. A.; VIANA, A. L. D'A. Centros de Saúde: ciência e ideologia na reordenação da saúde pública no século XX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1131–1149, dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000400010>. Acesso em: 5 jul. 2021.

MENDES-GONÇALVES, R. B. 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/ ABRASCO, 1994.

MENDES-GONÇALVES, R. B. 1946-1996. **Saúde, Sociedade e História**. 1. ed. São Paulo: Hucitec; Porto Alegre: Rede Unida, 2017.

MENDES, Á. A saúde pública brasileira no contexto da crise do Estado ou do capitalismo? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 66–81, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015S01006>. Acesso em: 05 abr. 2021.

MENDES, Á. A saúde no capitalismo financeirizado em crise: o financiamento do SUS em disputa. In: **Futuros do Brasil: textos para debate**. Rio de Janeiro: Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, 2017. p. 1–7. Disponível em: <http://www.cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo_Aquilas_Mendes.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2021.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde OPAS. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 05 abr. 2021.

MENEZES, H. Z.; CATÃO, L. F. Jeffrey Sachs e a Ajuda Oficial para o Desenvolvimento:

uma releitura da Teoria da Modernização. **Carta Internacional**, Belo Horizonte, v. 13, n. 3, p. 169–192, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.21530/ci.v13n3.2018.824>. Acesso em: 18 abr. 2021.

MENICUCCI, T. M. G. The health policy in Lula's government. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 522–532, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000200022>. Acesso em: 20 maio 2021.

MÉSZÁROS, I. **A crise estrutural do capital**. 2. ed. São Paulo: Boitempo São Paulo, 2011b.

MÉSZÁROS, I. **Para além do capital: rumo a uma teoria da transição**. 1. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2011a.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2013.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema de Legislação da Saúde**. 2021. Disponível em: <http://saudelegis.saude.gov.br/saudelegis/secure/norma/listPublic.xhtml>. Acesso em: 28 mar. 2021.

MINISTERIO DE SANIDAD, CONSUMO Y BIENESTAR SOCIAL, 2021. Disponível em: <https://www.msbs.gob.es/>. Acesso em: 28 mar. 2021.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD; CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA; SINDICATO DE ENFERMERÍA. **Acuerdo Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad-Consejo General de Enfermería- Sindicato de Enfermería-SATSE**. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2013. p. 1–21. Disponível em: <https://www.aificc.cat/wp-content/uploads/2018/11/acuerdo-ministerio-satse-cge.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2021.

MOLINIER, P. Cuidado, interseccionalidade e feminismo. **Tempo Social**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 17–33, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/8P99gKzNYJM6bFLhhKfMmNP/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 19 ago. 2021.

MORA, M. J. P. La reforma de la Atención Primaria de Salud: sus inicios en la Comunidad Valenciana. In: PERDIGUERO-GIL, E. (Ed.). **Política, salud y enfermedad en España: entre el desarrollismo y la transición democrática**. Elche: Universidad Miguel Hernández, 2015. p. 65–69.

MORAES, M. L. Q. Feminismo e política: dos anos 60 aos nossos dias. **Estudos de Sociologia**, São Paulo, v. 17, n. 32, p. 107–121, 2012. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/estudos/article/viewFile/4930/4119>. Acesso em: 28 maio 2021.

MORAES, L. D. C. G. Mészáros, sobre a emancipação das mulheres: **Revista Trabalho**,

Política e Sociedade, Nova Iguaçu, v. 3, n. 05, p. 121–140, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.29404/rtps-v3i5.3696>. Acesso em: 28 maio 2021.

MORELL, L. El contrato de gestión en los centros de atención primaria. **MEDIFAM - Revista de Medicina Familiar y Comunitaria**, v. 11, n. 8, p. 433–438, 2001. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000800001>. Acesso em: 28 maio 2021.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W. de F. Previne Brasil, the Agency for the Development of Primary Healthcare, and the Services Portfolio: radicalization of privatization policy in basic healthcare? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 9, p. e00040220, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00040220>. Acesso em: 20 maio 2021.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11–24, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7PPB5Bj8W46G3s95GFctzJx/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 maio 2021.

MUNDINGER, M. O.; CARTER, M. A. Potential crisis in nurse practitioner preparation in the United States. **Policy, Politics & Nursing Practice**, New York, v. 20, n. 2, p. 57–63, 2019. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=137362748&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 20 ago. 2021.

NARDIZ, M. V. A. **Enfermería y atención primaria de salud**: de enfermeras de médicos a enfermeras de la comunidad, 1989. Disponível em: <<http://books.google.es/books?id=4U8bgzPQQZYC>>. Acesso em: 21 maio 2021.

NAVARRO, J. F. M. Transición democrática y fin de la Higiene Pública. In: PERDIGUERO-GIL, E. (Ed.). **Política, salud y enfermedad en España**: entre el desarrollismo y la transición democrática. Elche: Universidad Miguel Hernández, 2015. p. 56–69. Disponível em: <<https://editorial.umh.es/2015/12/09/politica-salud-y-enfermedad-en-espana-entre-el-desarrollismo-y-la-transicion-democratica/>>. Acesso em: 10 mar. 2021.

NAVARRO, V. The social crisis of the Eurozone: the case of Spain. **International Journal of Health Services**, v. 43, n. 2, p. 189–192, 2013. Disponível em: 10.2190/HS.43.2.a. Acesso em: 9 maio 2021.

NAVARRO, V. Capital-labor struggle: the unspoken causes of the crises. **International Journal of Health Services**, v. 44, n. 1, p. 1–6, 2014. Disponível em: 10.2190/HS.44.1.a. Acesso em: 9 maio 2021.

NEDEL, F. B. et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 19, n. 1, p. 61–75, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742010000100008>. Acesso em: 27 jun. 2021.

NETTO, J. P. Introdução ao estudo do método de Marx. São Paulo: Expressão Popular, 2011. Disponível em: <<http://www.gepec.ufscar.br/publicacoes/livros-e-colecoes/livros->

diversos/introducao-aos-estudos-do-metodo-de-marx-j-p-netto.pdf>. Acesso em: 27 jun. 2021.

NETTO, J. P. Uma face contemporânea da Barbárie. **Revista Novos Rumos**, Marília, v. 50, n. 1, p. 1–27, 2013. Disponível em: <<https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/novosrumos/article/view/3436/2657>>. Acesso em: 27 jun. 2021.

NEVES, M. L.; PRONKO, M. A atualidade das idéias de Nicos Poulantzas no entendimento das políticas sociais no século XXI. **Germinal: Marxismo e Educação em Debate**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 97–111, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/view/9608/7032>>. Acesso em: 13 jun. 2021.

NORONHA, J. C. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 847–849, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2013000500003>. Acesso em: 20 maio 2021.

NORONHA, E. G. Ciclo de greves, transição política e estabilização: Brasil, 1978-2007. **Lua Nova**, São Paulo, n. 76, p. 119–168, 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ln/a/8JCGHMP45KzKf8CxfLdnctv/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2021.

NUNES, E. D. Saúde Coletiva: história e paradigmas. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 2, n. 3, p. 107–116, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-32831998000200008>. Acesso em: 18 fev. 2021.

NUNES, E. D. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 909–916, 2008. Disponível em: [10.1590/S1413-81232008000300013](https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000300013). Acesso em: 19 fev. 2021.

NUNES, E. D. La salud colectiva en Brasil: analizando el proceso de institucionalización. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 12, n. 3, p. 347–360, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.18294/sc.2016.894>. Acesso em: 18 fev. 2021.

O'SHANAHAN JUAN, J. J. Situação atual da reforma sanitária na Espanha. In: BUSS, P. M.; LABRA, M. E. (Orgs.). **Sistemas de saúde: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1995. p. 153–175, 1995. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/zngyg/pdf/buss-9788575414026-05.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2021.

OCDE. **Espanña, de la Reforma de la Administración a la Mejora Continua**. Informe de la OCDE sobre gobernanza pública en España. 1. ed. Madrid: INAP, Instituto Nacional de Administración Pública, 2014.

OECD. OECD Health Data [Internet]. 2021. Disponível em: <<https://data.oecd.org/health.htm>>. Acesso em: 23 ago. 2021.

OECD. Public-private partnerships at the subnational level of government: The case of PFI in the United Kingdom. In: **Subnational Public-Private Partnerships Meeting Infrastructure Challenges**. [s.l.] : OECD, 2018. p. 75–106.

OLIVEIRA, A.; MARCOS, J. M.; DÍAZ, C. A-D. Lutas sociais contra a privatização da saúde na Espanha. **Rev Katálysis**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 375–385, maio/ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e77994>. Acesso em: 19 jul. 2021.

OLIVEIRA, C. A. Saúde, cidade e a lógica do capital: o município do Rio de Janeiro em questão. **A mercantilização da saúde em debate**: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Rede Sirius, p. 42–52, 2015.

OMS. **Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI**. Introducción. Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud. Madrid, 1998. Disponível em: <http://www.famp.es/export/sites/famp/.galleries/documentos-obs-salud/SALUD-21.pdf>. Acesso em: 19 mar. 2021.

OMS. **Relatório Mundial de Saúde 2008**: Atenção Primária em Saúde Agora Mais do Que Nunca. Lisboa, 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/rms.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2021.

OMS. **Relatório Mundial de Saúde 2010**: financiamento dos Sistemas de Saúde: O caminho para a cobertura universal. 2010. Geneve. Disponível em: <<https://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2021.

OMS. **Trabalhando juntos pela saúde**. Relatório Mundial de Saude 2006. Brasília, DF, 2006.

OPAS. **Ampliação do papel dos enfermeiros na atenção primaria à saúde**. Washignton, D.C.: OPAS, 2018.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **World Employment and Social Outlook (WESO)**. Disponível em: <https://www.ilo.org/wesodata/>. Acesso em: 21 fev. 2021.

PADILHA, M. I.; NELSON, S.; BORENSTEIN, M. S. As biografias como um dos caminhos na construção da identidade do profissional da enfermagem. **Historia, Ciencias, Saude - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 18, n. Supl. 1, p. 241–252, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000500013>. Acesso em: 20 jun. 2021.

PADILHA, R. de Q. et al. Principles of clinical management: Connecting management, healthcare and education in health. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 12, p. 4249–4257, 2018. Disponível em: [10.1590/1413-812320182312.32262016](https://doi.org/10.1590/1413-812320182312.32262016). Acesso em: 20 maio 2021.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: History, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011. Disponível em: <<https://nyuscholars.nyu.edu/en/publications/the-brazilian-health-system-history-advances-and-challenges>>. Acesso em: 29 mar. 2021.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Vigilância em Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z. ALMEIDA FILHO, N. de (Org.). **Epidemiologia e saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 567-586.

PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34–46, 2006. Disponível em: Acesso em: 20 maio 2021.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Ed.). Política e sistema de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547–573.

PAIM, J. S. Medicina comunitaria: introducción a un análisis crítico. **Salud colectiva**, Buenos Aires, v. 5, n. 1, p. 121–126, 2009. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/scol/2009.v5n1/121-126/es>>. Acesso em: 14 fev. 2021.

PASARÍN, M. I. et al. Salud comunitaria: Una integración de las competencias de atención primaria y de salud pública. Informe SESPAS 2010. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 24, n. Supl. 1, p. 23–27, 2010. Disponível em: [10.1016/j.gaceta.2010.06.007](http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.06.007). Acesso em: 20 maio 2021.

PASARÍN, M. I.; DÍEZ, E. Community health: action needed. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 27, n. 6, p. 477–478, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.10.001>. Acesso em: 20 maio 2021.

PASSOS, E. **De anjos a mulheres**. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<http://static.scielo.org/scielobooks/mnhy2/pdf/passos-9788523211752.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2021.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75–91, 2003. Disponível em: <http://doi.org/10.1590/S1981-77462003000100007>. Acesso em: 19 maio 2021.

PEDUZZI, M. et al. Ampliação da prática clínica da enfermeira de Atenção Básica no trabalho interprofissional. **Rev Bras de Enfermagem**, Brasília, v. 72, n. Supl. 1, p. 121–128, 2019. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0759>>. Acesso em: 20 maio 2021.

PEDUZZI, M.; SILVA, A. M.; LIMA, M. Enfermagem como prática social e trabalho em equipe. In: SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. (Org.). **Fundamentos de Saúde Coletiva e o cuidado de enfermagem**. São Paulo: Manole; São Paulo: Associação Brasileira de Enfermagem - Seção São Paulo. 2013. p. 217–243.

PEREIRA, A. M. M. et al. Descentralização e regionalização em saúde na Espanha: trajetórias, características e condicionantes. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. spe, p. 11–27, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/GcXYcxMGdXLQvmSG7CLVKVh/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 20 maio 2021.

PEREIRA, J. M. M. **O Banco Mundial como ator político, intelectual e financeiro (1944-**

2008). Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2009.

PEREIRA, J. M. M. Banco Mundial, reforma dos Estados e ajuste das políticas sociais na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2187–2196, 2018. Disponível em: 10.1590/1413-81232018237.08022018. Acesso em: 17 jun. 2021.

PEREIRA, M. M. O Movimento Negro e as revoluções de 1968 : uma análise da relação e ressignificação do negro e o histórico do movimento no Brasil. **Movimentos Sociais e Dinâmicas Espaciais**. Recife, v. 8, n. 1, p. 34–57, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.51359/2238-8052.2019.240135>. Acesso em: 15 jun. 2021.

PEREIRA, P. A. P. Trajetória da política social: das velhas leis dos pobres ao Welfare State. In: PEREIRA, P. A. P. (Ed.). **Política social: temas & questões**. São Paulo: Cortez, 2008. p. 59-98.

PEREZ, F. A.; VENTURA, D. de F. L. Crise e Reforma da OMS. **Lua Nova**, São Paulo, v. 92, p. 45–77, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/ln/a/ybSFyBXTmBkBPWdj5NPqJrF/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 17 jun. 2021.

PÉREZ GÓMEZ, J. M.; PÉREZ LÓPEZ, R. Régimen Jurídico del personal estatutario del Sistema Nacional de Salud. **Derecho y Salud**, Córdoba, v. 13, n. 2, p. 187–210, jul./dez. 2005. Disponível em: <http://www.ajs.es/sites/default/files/2020-05/2005-n2-est-02_0.pdf>. Acesso em 02 jun. 2021.

PINO CASADO, R.; MARTÍNEZ RIERA, J. R. Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de salud TT - Strategies to improve visibility and accessibility of nursing cares in Primary Health Care. **Rev. adm. sanit. siglo XXI**, v. 5, n. 2, p. 311–337, 2007. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Rafael-Del-Pino-Casado/publication/288416741_Strategies_to_improve_visibility_and_accessibility_of_nursing_cares_in_Primary_Health_Care/links/56fe4bdb08aea6b77468c1e4/Strategies-to-improve-visibility-and-accessibility-of-nursing-cares-in-Primary-Health-Care.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2021.

PIRES-ALVES, F. A.; CUETO, M. The Alma-Ata Decade: The crisis of development and international health. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2135–2144, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02032017>. Acesso em: 17 jun. 2021.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251–263, abr./jun. 2000. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/dgtGrrvZbR3VRNrs7qcpJs/?lang=pt&format=pdf>>. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672000000200010>. Acesso em: 17 jun. 2021.

PMDB. **Uma ponte para o futuro**, 2015. Disponível em: <http://pmdb.org.br/wp-content/uploads/2015/10/RELEASE-TEMER_A4-28.10.15-Online.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

POLLOCK, A. M. Cómo la mercantilización y la privatización se están utilizando para abolir los sistemas nacionales de atención universal de salud y qué se debe hacer para restaurarlos. **Reforma y Democracia**, Caracas, v. 2016, n. 64, p. 5–50, 2016. Disponível em: <<http://cdi.mecon.gov.ar/bases/doc/clad/refydem/64.pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2021.

PORTAL DE LA TRANSPARENCIA. 2021. Disponível em: <https://transparencia.gob.es/>>. Acesso em: 15 abr. 2021.

PORTOS, M. Movilización social en tiempos de recesión: un análisis de eventos de protesta en España, 2007-2015. **Revista Espanola de Ciencia Política**, v. 1, n. 41, p. 159–178, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.21308/recp.41.07>. Acesso em: 19 jun. 2021.

POULANTZAS, N. **O Estado, o poder, o socialismo**. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

POZO, J. S. Salud pública, atención primaria y salud comunitaria: tres ramas del mismo árbol Public. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 35, n. 2, p. 107–108, mar./abr. 2021. Disponível em: 10.1016/j.gaceta.2020.07.004. Acesso em: 28 maio 2021.

PRADO, E. F. S. Uma crítica à economia política do imaterial. **Outubro**. n. 11, p. 45–70, 2004. Disponível em: <<http://outubrorevista.com.br/wp-content/uploads/2015/02/Revista-Outubro-Edic%CC%A7a%CC%83o-11-Artigo-03.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2021.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. **Painel de gestão das parcerias com Organizações Sociais**. Disponível em: <<https://osinfo.prefeitura.rio/>>. Acesso em: 23 set. 2021.

RAMOS, M. N. Conceitos básicos sobre o trabalho. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. (Eds.). **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27–57.

RAMOS, M. N. O estudo de saberes profissionais na perspectiva etnográfica: contribuições teórico-metodológicas. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, v. 30, n. 4, p. 105-125, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/edur/a/qN4Sz8tX7W5LygsgGbr3LZS/?lang=pt&format=pdf>>. Acesso em: 17 jun. 2021.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. 2000. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2000.

RIZZOTTO, M. L. F. **Capitalismo e saúde no Brasil nos anos 90**: as propostas do Banco Mundial eo desmonte do SUS. São Paulo: Hucitec Editora, 2012.

RIZZOTTO, M. L. F. A saúde na proposta de desenvolvimento da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 20–31, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WBWCgt9FXXtqLYs9rhXC9DS/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 17 jun. 2021.

RIZZOTTO, M. L. F.; CAMPOS, G. W. S. O Banco Mundial e o Sistema Único de Saúde brasileiro no início do século XXI. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 263–276,

2016. Disponível em: <
<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/mpvvFPWmh8cJcwrK86Szv3L/?format=pdf&lang=pt>>.
Acesso em: 27 jun. 2021.

ROSSI, P.; DWECK, E.; ARANTES, F. Economia política da austeridade. In: **Economia Para Poucos: impactos sociais da austeridade e alternativas para o Brasil**. São Paulo: Autonomia Literária, 2018. p. 14–28.

ROVERE, M. La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe1, p. 315–327, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S121>. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe1/315-327/>>. Acesso em: 20 mar. 2021.

RUANE, S.; BAYLE, S.; GURUCELAIN, J. L. **Las cuestiones clave de la sanidad pública: un diagnóstico comparado de los sistemas públicos sanitarios de España y Reino Unido**. Madrid: Fundación 1º de Mayo, 2013. Disponível em: <www.1mayo.ccoo.es>. Acesso em: 20 maio 2021.

SAFFER, D. A.; MATTOS, L. V.; REGO, S. R. de M. Nenhum Serviço de Saúde a Menos: movimentos sociais, novos sujeitos políticos e direito à saúde em tempos de crise no Rio de Janeiro, Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. spe1, p. 147–159, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042020S113>. Acesso: 10 fev. 2021.

SALISBURY, C. et al. What is the role of walk-in centres in the NHS? **British Medical Journal**, Londres, v. 324, n. 7334, p. 399–402, 2002. Disponível em: <
https://www.researchgate.net/publication/11511753_What_is_the_role_of_walk-in_centres_in_the_NHS >. Acesso em: 23 mar. 2021.

SÁNCHEZ BAYLE, M. La privatización y los nuevos modelos de gestión en sanidad. **Revista de economía crítica**, n. 6, p. 103–118, 2008. Disponível em: <
http://www.revistaeconomicacritica.org/sites/default/files/6_privatizacion.pdf>. Acesso em 2 jul. 2021.

SÁNCHEZ-BAYLE, M. El quilombo de la gestión sanitaria: a río revuelto ganancia de privatizadores. In: *Otra gestión sanitaria es posible*. Madrid: Fundación 1º de Mayo CCOO; 2011. p. 141–58. Disponível em: <
http://www.fadsp.org/~ab47510/documents/libros/OTRA_GESTION_SANITARIA_ES_POSIBLE.pdf>. Acesso em 2 jul. 2021.

SANTOS, F. P. A. et al. Práticas de cuidado da enfermeira na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1124–1131, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0273>. Acesso em: 3 mar. 2021.

SCHERER, M. D. A. et al. Aumento das cargas de trabalho em técnicos de enfermagem na atenção primária à saúde no Brasil. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 14, n. supl.1, p. 89–104, 2016. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462016000400089>. Acesso em: 13 mar. 2021.

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M. O processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Eds.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. p. 320-330. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2021.

SESTELO, J. A. de F. **Planos de Saúde e dominância financeira**. Salvador: SciELO-EDUFBA, 2018.

SHAFFER, E. R. et al. Global trade and public health. **American Journal of Public Health**, Washington, DC, v. 95, n. 1, p. 23–34, 2005. Disponível em: [10.2105/AJPH.2004.038091](https://doi.org/10.2105/AJPH.2004.038091). Acesso em: 17 jul. 2021.

SHAFFER, E. R.; BRENNER, J. E. International trade agreements: Hazards to health? **International Journal of Health Services**, v. 34, n. 3, p. 467–481, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.2190/FB79-G25U-DWGK-C3QK>. Acesso em: 17 jul. 2021.

SHANNON, G. et al. Feminisation of the health workforce and wage conditions of health professions: an exploratory analysis. **Human resources for health**, v. 17, n. 1, p. 84, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0406-0>. Acesso em: 5 jul. 2021.

SILVA, A. L. **A Política de Atenção Primária à Saúde nos anos noventa no Brasil: focalismo ou universalização?** Rio de Janeiro: UFRJ / IESC, 2007.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA JÚNIOR, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec Editora, 2006.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos assistenciais em saúde: desafios e perspectivas. In: **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SILVA, M. S. Teoria e política pública de governança corporativa de empresas estatais no Brasil. In: SILVA, M. S.; SCHMIDT, F. H.; KLIASS, P. (Eds.). **Empresas estatais: políticas públicas, governança e desempenho**. Brasília, DF: Ipea, 2019. p. 65–102.

SIMÕES, D.; GARCÍA, F. **A pesquisa científica como linguagem e práxis**. Rio de Janeiro: Dialogarts, 2014.

SINGER, P. **O capitalismo: sua evolução, sua lógica e sua dinâmica**. São Paulo: Moderna, 1996.

SOUZA, H. S. D. E. A interpretação do trabalho em enfermagem no capitalismo financeirizado : um estudo na perspectiva teórica do fluxo tensionado. [s. l.], p. 238, 2015.

SPERLING, S. Estratégia de Saúde da Família: a melhor aposta para um sistema de saúde orientado para a proteção de pessoas e conquistas civilizatórias. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1–7, 2017. Disponível em: <<https://brapci.inf.br/index.php/res/download/134124>>. Acesso em: 18 mar.

2021.

STARFIELD, B. Is patient-centered care the same as person-focused care? **The Permanente Journal**, v. 15, n. 2, p. 63–69, 2011. Disponível em: 10.7812/TPP/10-148. Acesso em: 13 fev. 2021.

STAUB, I. D.; MARTINS, H. C.; RODRIGUES, S. B. Governança corporativa e criação de valor para o acionista: da teoria à prática, os impactos organizacionais e financeiros. **Revista Economia & Gestão**, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 36–55, jan./jun. 2002. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/economiaegestao/article/view/109>>. Acesso em: 10 mar. 2021.

STEWART, M. et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. 3^a ed. Porto Alegre: Artmed, 2017.

STOTZ, E. N. Necessidades de Saúde: conceito, valor e política. **Intervozes: trabalho, saúde, cultura**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 68–74, 2016. Disponível em: <https://www.fmpfase.edu.br/Intervozes/Content/pdf/Edicao/INTERVOZES_01_VOL_01.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2021.

STOTZ, E. N.; ARAUJO, J. W. G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 5–19, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000200002>. Acesso em: 12 fev. 2021.

SUBPAV. Subsecretaria de Promoção da Saude Atenção Primária e Vigilância de Saúde. **Reorganização dos serviços de atenção**. Rio de Janeiro, 2018.

SUESS, A. et al. El derecho de acceso sanitario en el contexto del Real Decreto-ley 16/2012: La perspectiva de organizaciones de la sociedad civil y asociaciones profesionales. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 28, n. 6, p. 461–469, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.06.008>. Acesso em: 11 jun. 2021.

TEIXEIRA, C. F. de S.; PAIM, J. S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. spe2, p. 11–21, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S201>. Acesso em: 4 mar. 2021.

TEIXEIRA, M.; MATTA, G. C.; SILVA JÚNIOR, A. G. Modelos de gestão na atenção primária à saúde: uma análise crítica sobre gestão do trabalho e produção em saúde. In: MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa**. Rio de Janeiro, Fiocruz. p. 117–142, 2018.

TEIXEIRA, S. M. F. Assistência médica previdenciária: evolução e crise de uma política social. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 9, p. 21–36, 1980. Disponível em:

THE HEALTH FOUNDATION. **Person-Centred care made simple**, Proqualis | Instituto de Comunicação Científica e Tecnológica em Saúde - Fiocruz, 2016, 2014. Disponível em: <<http://www.health.org.uk/publication/person-centred-care-made-simple>>. Acesso em: 23 abr. 2021.

THE HEALTH FOUNDATION. How the Health Foundation is funded. Disponível

em: <<http://www.health.org.uk/about-the-health-foundation/how-we-are-run/how-the-health-foundation-is-funded>>. Acesso em: 30 jul. 2021.

THEOFANIDIS, D. Greek nursing under austerity. **International Journal of Caring Sciences**, v. 10, n. 1, p. 601–606, 2017. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=123010492&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 14 jun. 2021.

TOSO, B. R. G. O. Práticas avançadas de enfermagem em Atenção Primária: estratégias para implantação no Brasil. **Enfermagem em Foco**, [s. l.], v. 7, n. 3/4, p. 36–40, 2017. Disponível em: <<http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/913/343>>. Acesso em: 12 jul. 2021.

TUMOLO, P. S. Trabalho, vida social e capital na virada do milênio: apontamentos de interpretação. **Educação & Sociedade**, v. 24, n. 82, p. 159–178, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-73302003000100007>. Acesso em: 17 jun. 2021.

TUMOLO, P. S. As Comisiones Obreras (CCOO) da Espanha e a Central Única dos Trabalhadores (CUT) do Brasil. Esboço de um estudo comparativo. **Revista Espaço Acadêmico**, v. 11, n. 126, p. 187–196, nov. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/13686/8155>>. Acesso em: 21 jun. 2021.

UNESPA UE de EA y R. Informe “Estamos Seguros”: El seguro de salud en el año 2020 [Internet]. Madrid; 2021. Disponível em: <<https://www.unespa.es/main-files/uploads/2021/06/El-seguro-de-salud-en-2020-FINAL.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2021.

UNDP. Human Development Reports. 2021. Disponível em: <<http://hdr.undp.org/en/countries>>. Acesso em: 1 ago. 2021.

UNITED NATIONS. **Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development A/RES/70/1**. 2016.

UNIÃO EUROPEIA. **Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho Europeu de 27 de abril de 2016**, 2016.

VARELA, R. Precariedade na Europa 1945-2018: reflexões em homenagem a Ricardo Antunes. **Revista Pegada**, Presidente Prudente, v. 19, n. 1, p. 4–25, jan./abr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.33026/peg.v19i1.5818>. Acesso em: 16 fev. 2021.

VIANNA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 11–48, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73311998000200002>. Acesso em: 16 fev. 2021.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; ALMEIDA FILHO, N. De. Equidade em saúde: Uma análise crítica de conceitos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. Supl. 2, p. 217–226, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400004>. Acesso em: 15 fev. 2021.

VIEIRA, M.; CHINELLI, F.; LOPES, M. R. O trabalho e a educação na saúde: a "questão dos

recursos humanos". In: VIEIRA, M.; DURÃO, A. V.; LOPES, M. R. (Ed.). **Para além da comunidade**: trabalho e qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV-Fiocruz, 2011. p. 79–117. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/1182.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2021.

WAITZKIN, H. **Uma visão marxista sobre atendimento médico**. 1980. Disponível em: <clip2net.com/clip/m2498/1191077086-4f01f-316kb.pdf?>. Acesso em: 24 jul. 2021.

WAITZKIN, H.; IRIART, C. How the United States exports managed care to third-world countries. **Mon Rev.** 52, p. 495–505, 2000. Disponível em: <<https://monthlyreview.org/2000/05/01/how-the-united-states-exports-managed-care-to-third-worldcountries/>>. Acesso em: 24 maio 2021.

WBG. **Report nº PID10183** - Brazil-Family Health Project. Whashington, D.C; 2001. Disponível em: <<https://documents1.worldbank.org/curated/en/580321468769184947/pdf/multi0page.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2021.

WBG. **Report nº 29325**. Washington, D.C., 2004. Disponível em: <<https://documents1.worldbank.org/curated/en/905911468744093496/pdf/293250BR.pdf>>. Acesso em: 2 jul. 2021.

WBG. **Report nº 42359-BR**. Washington, D.C. 2008. Disponível em: <<https://documents1.worldbank.org/curated/en/566961468225310105/pdf/423590PAD0P0881E0ONLY10R20091000211.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2021.

WBG. **Report nº 62571**. Whashington, D.C. 2011. Disponível em: <https://ieg.worldbankgroup.org/sites/default/files/Data/reports/PPAR_Argentina_Brazil_Results-Based_Health_Programs.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2021.

WERNECK, J. Racismo institucional e saúde da população negra. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 535–549, 2016. Disponível em: 10.1590/S0104-129020162610. Acesso em: 24 jul. 2021.

WHO. **Community Health Nursing**: Report of a WHO expert committee, v. 558, World Health Organization - Technical Report Series. WHO, 1974.

WHO. **EB97/13 Implementation of resolutions and decisions**: report by the Director-General. 1995c.

WHO. **Enhancing the role of community health nursing for universal health coverage**. Human Resources for Health Observer Series nº 18. Geneve, 2017c. Disponível em: . <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/255047>>. Acesso em: 18 mar. 2021.

WHO. **Global advisory group on nursing and midwifery**: report of first meeting. WHO, 1992b.

WHO. **Global Advisory Group on Nursing and Midwifery**: report of second meeting. WHO, 1993. Disponível em:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68763/WHO_EIP_OSD_2001.3.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

WHO. Global Advisory Group on Nursing and Midwifery: report of third meeting. WHO, 1994a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68763/WHO_EIP_OSD_2001.3.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

WHO. Global Advisory Group on Nursing and Midwifery: report of fourth meeting. WHO, 1995a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68763/WHO_EIP_OSD_2001.3.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

WHO. Global Advisory Group on Nursing and Midwifery: report of fifth meeting. WHO, 1997. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68763/WHO_EIP_OSD_2001.3.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2021.

WHO. Global Advisory Group on Nursing and Midwifery: report of sixth meeting. WHO, 2000.

WHO. Global strategic directions for strengthening nursing and midwifery 2016–2020. Geneve, 2016b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/global_strategic_rections_for_strengthening_nursing_and_midwifery>. Acesso em: 21 abr. 2021.

WHO. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. 2016c. Disponível em: <https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1>. Acesso em: 24 jul. 2021.

WHO. Health workforce. WHO library and digital information network health topics. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1>. Acesso em: 20 fev. 2021.

WHO. International trade and health Report by the Secretariat. Geneve, 2005.

WHO. Institucional Repository for Information Sharing. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/>>. Acesso em: 21 fev. 2021.

WHO. Optimizing the contributions of the Nursing and Midwifery workforce to achieve universal health coverage and the Sustainable Development Goals through education, research and practice. Human Resources for Health Observer Series n° 22. 2017d. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259363/9789241511971-eng.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 18 mar. 2021.

WHO. Nursing and Midwifery in the History of the World Health Organization 1948-2017. Geneve: World Health Organization, 2017a. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/nursing-and-midwifery-in-the-history-of-the-world->

health-organization-(1948–2017)>. Acesso em: 18 mar. 2021. WHO. Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health. 2002a.

WHO. **Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services: 2002-2008**, WHO, 2002b.

WHO. **Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services: 2011-2015**. 2010.

WHO. **The future of nursing and midwifery workforce in the context of the Sustainable Development Goals and universal health coverage**: report of the Forum for Government Chief Nurses and Midwives. Geneve: WHO, 2017b.

WHO. **WHA14.58** Declaration concerning the granting of independence to colonial countries and peoples and the tasks of the World Health Organization. 1961.

WHO. **WHA22.51** Formación de personal médico y emigración de personal científico y técnico. 1969b.

WHO. **WHA22.42** Study of the criteria for assessing the equivalence of medical degrees in different countries. 1969a.

WHO. **WHA23.35** Training of National Health Personnel. 1970.

WHO. **WHA24.59** Training of national health personnel. 1971.

WHO. **WHA42.27** Fortalecimiento de la enfermería y la partería en apoyo de las estrategias de salud para todos. 1989.

WHO. **WHA45.5** Fortalecimiento de la enfermería y la partería en apoyo de las estrategias de salud para todos. 1992a.

WHO. **WHA47.9** Maternal and child health and family planning: quality of care. 1994b.

WHO. **WHA48.8** Reorientación de la enseñanza y del ejercicio de la medicina en pro de la salud para todos. 1995b.

WHO. **WHA54.12** Strengthening nursing and midwifery. 2001.

WHO. **WHA64.7** Strengthening nursing and midwifery, 2011.

WHO. **Working for health and growth**: investing in the health workforce. Report of the High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Geneve: World Health Organization, 2016a.

WHO. **World health statistics 2020**: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva PP - Geneva: World Health Organization, 2020. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332070>>. Acesso em: 18 mar. 2021.

WHO. **WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel**: National Reporting Instrument. 2015.

WHO. **WHO Global Health Observatory**. 2021. Disponível em: <<https://www.who.int/data/gho>>. Acesso em: 1 ago. 2021.

WHO; UNICEF. **Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, WHO, 1978**.

ZOBOLI, E.; FRACOLLI, L. A.; CHIESA, A. M. O cuidado de enfermagem em saúde coletiva. In: SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. (Org.). **Fundamentos de Saúde Coletiva e o Cuidado de Enfermagem**. Associação Brasileira de Enfermagem - Seção São Paulo, 2013. p. 244–264.

APÊNDICE A – Questionário**• Dados de Identificação**

1. Idade:
2. Sexo: () F () M
3. Cidade de Nascimento: Estado:
4. Bairro de Residência:
5. Bairro de Trabalho:

• Dados de Escolaridade/Formação

6. Escolaridade:
7. Ano de conclusão da graduação/ensino médio/técnico:
8. Tipo de instituição da graduação () Pública () Privada
9. Possui alguma pós-graduação? Sim () Não () Qual/Quais?
10. Tipo de instituição da pós-graduação () Pública () Privada () Não concluiu a pós-graduação
11. Tem participado de curso de aperfeiçoamento e atualização? Sim () Não ()
12. Quando e qual o último realizado?

• Dados Sociodemográficos

13. Escolaridade do pai: () ensino fundamental incompleto () ensino fundamental () ensino médio () graduação () especialização () mestrado () doutorado () pós-doutorado () sem informação
14. Escolaridade da mãe: () ensino fundamental incompleto () ensino fundamental () ensino médio () graduação () especialização () mestrado () doutorado () pós-doutorado () sem informação
15. Ocupação do pai:
16. Ocupação da mãe:
17. Qual sua raça? () negra () branca () parda () amarela () indígena () outra
18. Se outra, qual?

- **Atividade Laboral**

19. Tempo de serviço na Atenção Primária (Em anos ou meses):
20. Tipo de vínculo de trabalho: () terceirizado () estatutário () CLT () contrato temporário () bolsista/residente () voluntário () MEI/empreendedor () outro
21. Se outro, qual?
22. Carga horária de trabalho semanal na instituição: () 10h () 20h () 30h () 40h
23. Trabalha em outros locais? Sim () Não ()
24. Se sim, onde?
25. Carga horária total semanal de trabalho:
26. Função que ocupa atualmente na unidade onde trabalha: () gerente () responsável técnico () assistencial da equipe () outro cargo de gestão () outro cargo assistencial () professor
27. Como foi realizado seu acesso à atual ocupação: () processo seletivo () concurso público () transferência () designação (cargo de confiança política?)
28. Na sua opinião, por que trabalhar na APS? Justifique sua resposta.

- **Atividade laboral na atualidade**

29. O seu trabalho como enfermeira/técnico de enfermagem/auxiliar de enfermagem é a única fonte de renda da família hoje? () Sim () Não
30. Seus vencimentos (salário/fonte de renda individual) hoje são entre: () 500 a 1000 reais () 1000 a 1500 reais () 1500 a 2000 reais () 2000 a 3000 reais () 3000 a 4000 reais () 4000 a 5000 reais () 5000 a 6000 reais () 6000 ou mais
31. Possui dependentes? () Sim () Não
32. Se sim, quantos?
33. Qual é o seu grau de satisfação em trabalhar na APS? (0 pouco satisfeito – 5 muito satisfeito) () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
34. Deseja continuar como enfermeira/técnica/auxiliar de enfermagem na APS? () Sim () Não

Obrigada por sua participação!

APÉNDICE B – Cuestionario

- Datos de identificación

1. Edad:
2. Género: () F () M
3. Ciudad de nacimiento: Provincia:
4. Barrio de residencia:
5. Barrio de trabajo:

- Datos de educación / formación

6. Facultad/Escuela:
7. Año de graduación:
8. Tipo de institución () Pública () Privada
9. ¿Tienes un título de posgrado? Sí () No () ¿Cuál / Cuál?
10. Tipo de institución de posgrado () Pública () Privada () Posgrado no completado
11. ¿Has participado en un curso de mejora? Sí () No ()
12. ¿Cuándo y cuál se realizó la última vez?

- Datos sociodemográficos

13. Educación de los padres: () escuela primaria incompleta () escuela primaria () escuela secundaria () licenciatura () especialización () maestría () doctorado () postdoctoral () sin información
14. Educación de la madre: () escuela primaria incompleta () escuela primaria () escuela secundaria () licenciatura () especialización () maestría () doctorado () postdoctoral () sin información
15. Ocupación del padre:
16. Ocupación de la madre:
17. ¿Cuál es tu raza? () negro () blanco () marrón () amarillo () indígena () otro
18. Si es otro, ¿cuál?

- Actividade Laboral

19. Duración del servicio en atención primaria (en años. Si son meses, ingrese 0):
20. Tipo de empleo () estatutario () contrato temporal () residente () especialidad
21. Si es otro, ¿cuál?
22. ¿Trabajas en otro lado? Sí () No ()
23. Si es así, ¿dónde?
24. Carga de trabajo semanal total:
25. Puesto que actualmente ocupa en la unidad donde trabaja director () coordinador () equipo ()
26. ¿Cómo fue su acceso a la ocupación actual: () proceso de selección () oposición () traslado () desde dónde: libre designación ()
27. ¿Por qué trabajas en APS? Justifica tu respuesta.

- Actividad laboral actual

28. ¿Es su trabajo como enfermera la única fuente de ingresos para la familia hoy? () Sí () No
29. Sus salarios (salario / fuente individual de ingresos /) hoy están entre: 1200 € 1500 € () 1500€ 2000 € () 2000€ 2500 € () Más de 2500 € (netos)
30. ¿Tienes personas que dependan de ti? () Sí No
31. Si es así, ¿cuántos?
32. ¿Qué grado de satisfacción tienes con tu actual trabajo en APS? (0 poco satisfecho - 5 muy satisfecho) () 0 () 1 () 2 () 3 () 4 () 5
33. ¿Desea continuar como enfermera en APS? () Sí () No

APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista – Enfermeira Equipe APS

- 1) Há quanto tempo você trabalha na Atenção Primária à Saúde (APS)?
- 2) Na sua opinião, quais são as principais necessidades de saúde da população atendida na APS? Por quê?
- 3) Quais são as atividades de trabalho que você realiza na APS?
- 4) O que o enfermeiro tem feito para atender à demanda livre (espontânea)?
- 5) Para você, o que significa ser enfermeiro de família e comunidade?
- 6) Na sua opinião, que competências deve ter um enfermeiro de família e comunidade?
- 7) Atualmente, qual o trabalho desenvolve como enfermeiro de família e comunidade e o que gostaria de mudar?
- 8) Quais condições de trabalho considera que devem ser asseguradas para realização de um bom trabalho como enfermeira de família e comunidade?
- 9) Em relação ao tipo de atendimento e demanda de trabalho na APS, você percebe mudanças nos últimos 10 anos? Quais? (expressão da crise)
- 10) Você percebe mudanças na organização da APS no município nos últimos 10 anos? Quais?
- 11) Você percebe mudanças no modelo de gestão da APS no município nos últimos 10 anos? Quais?
- 12) Você percebe mudanças no modelo de gestão do trabalho na APS nos últimos 10 anos? Quais?
- 13) Quais impactos da crise econômica e política você percebe na saúde? Desde quando?
- 14) Quais impactos da crise você percebe na saúde dos usuários que são atendidos na APS?
- 15) Você percebe impactos da crise no processo de trabalho do enfermeiro na APS? Quais?
- 16) Que recurso/s considera que puderam contribuir no enfrentamento da crise? Como contribuíram?
- 17) Gostaria de acrescentar algo?

APÉNDICE D – Encuesta – enfermera Equipo de Atención Primaria

- 1) ¿Desde cuando está trabajando en APS?
- 2) En su opinión, ¿cuáles son las principales necesidades de salud de la población atendida en APS? ¿Por qué?
- 3) ¿Cuáles son las actividades que realiza en APS?
- 4) ¿Qué hace la enfermera para satisfacer la demanda (espontánea) en el Centro de Salud?
- 5) Para usted, ¿que significa ser enfermera comunitaria?
- 6) En su opinión, ¿Qué competencias debe tener una enfermera comunitaria?
- 7) Actualmente, ¿Qué trabajo desarrolla como enfermera comunitaria y qué le gustaría cambiar?
- 8) ¿Qué condiciones de trabajo considera que deben darse en APS para un eficaz trabajo como enfermera comunitaria?
- 9) Con respecto al tipo de atención y demanda de trabajo en la APS, ¿observa cambios en los últimos 10 años? Cuales?
- 10) ¿Notas cambios en la organización del trabajo en la APS en los últimos 10 años? ¿Cuales?
- 11) ¿Notas cambios en el modelo de gestión del trabajo en APS en los últimos 10 años? ¿Cuales?
- 12) ¿Qué impacto cree que ha tenido la crisis económica y política en la salud? ¿Desde hace cuanto tiempo?
- 13) ¿Cómo cree que ha afectado la crisis en la salud de los usuarios?
- 14) ¿Cómo cree que ha afectado la crisis en el trabajo de las enfermeras comunitarias?
- 15) ¿Cómo ha afrontado usted los cambios generados por la crisis como enfermera comunitaria?
- 16) ¿Qué recurso/s considera que ha/n podido contribuir a afrontar la crisis en APS? ¿Cómo ha contribuído?
- 17) ¿Le gustaría añadir algo más?

APÊNDICE E – Roteiro de Entrevista – Técnico/Auxiliar de Enfermagem Equipe APS

- 1) Há quanto tempo você trabalha na Atenção Primária a Saúde (APS)?
- 2) Na sua opinião, quais são as principais necessidades de saúde da população atendida na APS? Por quê?
- 3) Quais são as atividades de trabalho que você realiza na APS?
- 4) O que o técnico/auxiliar de enfermagem tem feito para atender à demanda livre (espontânea)?
- 5) Para você, o que significa ser técnico/auxiliar de enfermagem na Saúde da Família?
- 6) Na sua opinião, que competências deve ter técnico/auxiliar de enfermagem na Saúde da Família?
- 7) Atualmente, qual o trabalho desenvolvido como técnico/auxiliar de enfermagem na Saúde da Família e o que gostaria de mudar?
- 8) Quais condições de trabalho considera que devem ser asseguradas para realização de um bom trabalho como técnico/auxiliar de enfermagem na Saúde da Família?
- 9) Em relação ao tipo de atendimento e demanda de trabalho na APS, você percebe mudanças nos últimos 10 anos? Quais? (expressão da crise)
- 10) Você percebe mudanças na organização da APS no município nos últimos 10 anos? Quais?
- 11) Você percebe mudanças no modelo de gestão da APS no município nos últimos 10 anos? Quais?
- 12) Você percebe mudanças no modelo de gestão do trabalho na APS nos últimos 10 anos? Quais?
- 13) Quais impactos da crise econômica e política você percebe na saúde? Desde quando?
- 14) Quais impactos da crise você percebe na saúde dos usuários que são atendidos na APS?
- 15) Você percebe impactos da crise no processo de trabalho técnico/auxiliar de enfermagem na APS? Quais?
- 16) Que recurso/s considera que puderam contribuir no enfrentamento da crise? Como contribuíram?
- 17) Gostaria de acrescentar algo?

APÉNDICE F – Encuesta – Auxiliar enfermería de Atención Primaria

- 1) ¿ Desde cuando está trabajando en APS?
- 2) En su opinión, ¿cuáles son las principales necesidades de salud de la población atendida en APS? ¿Por qué?
- 3) ¿Cuáles son las actividades que realiza en APS?
- 4) ¿Qué hace el auxiliar de enfermería para satisfacer la demanda (espontánea) en el Centro de Salud?
- 5) Para usted, ¿que significa ser el auxiliar de enfermería en APS?
- 6) En su opinión, ¿Qué competencias debe tener el auxiliar de enfermería en APS?
- 7) Actualmente, ¿Qué trabajo desarrolla como el auxiliar de enfermería y qué le gustaría cambiar?
- 8) ¿Qué condiciones de trabajo considera que deben darse en APS para un eficaz el auxiliar de enfermería en APS?
- 9) Con respecto al tipo de atención y demanda de trabajo en la APS, ¿observa cambios en los últimos 10 años? Cuales?
- 10) ¿Notas cambios en la organización del trabajo en la APS en los últimos 10 años? ¿Cuales?
- 11) ¿Notas cambios en el modelo de gestión del trabajo en APS en los últimos 10 años? ¿Cuales?
- 12) ¿Qué impacto cree que ha tenido la crisis económica y política en la salud? ¿Desde hace cuanto tiempo?
- 13) ¿Cómo cree que ha afectado la crisis en la salud de los usuarios?
- 14) ¿Cómo cree que ha afectado la crisis en el trabajo de los auxiliares de enfermería en APS?
- 15) ¿Cómo ha afrontado usted los cambios generados por la crisis como auxiliar de enfermería en APS?
- 16) ¿Qué recurso/s considera que ha/n podido contribuir a afrontar la crisis en APS? ¿Cómo ha contribuído?
- 17) ¿Le gustaría añadir algo más?

APÊNDICE G – Roteiro de Entrevista – Enfermeiro Gestor APS

- 1) Por quanto tempo você trabalha/trabalhou na gestão da Atenção Primária à Saúde (APS)? Em qual(quais) setores permaneceu?
- 2) Na sua opinião, quais são as principais necessidades de saúde da população atendida na APS?
- 3) Para você, o que é o trabalho da enfermagem na Saúde da Família?
- 4) Na sua opinião, que competências deve ter um enfermeiro de família e comunidade? E o técnico/auxiliar de enfermagem na Saúde da Família?
- 5) Para você, que importância tem a gestão nas equipes de Saúde da Família?
- 6) Como a gestão da unidade influencia no trabalho da enfermagem na APS?
- 7) Considera que a gestão apresentou impactos no trabalho da enfermagem? Quais mudanças foram geradas?
- 8) Você percebe mudanças no modelo de gestão do trabalho na APS nos últimos 10 anos? Quais?
- 9) Quais impactos da crise econômica e política você percebe na saúde? Desde quando?
- 10) Quais impactos da crise você percebe na saúde dos usuários que são atendidos na APS?
- 11) Como você percebe os impactos da crise no processo de trabalho das enfermeiras e dos técnicos/auxiliares de enfermagem na APS? Quais?
- 12) O que você tem realizado como gestora para enfrentar as mudanças produzidas pela crise para melhorar a atenção à saúde dos usuários?
- 13) Que recurso/s considera que puderam contribuir no enfrentamento da crise? Como contribuíram?
- 14) Gostaria de acrescentar algo?

APÉNDICE H – Encuesta – Enfermera Coordinación APS

- 1) ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en gestión en APS?
- 2) En su opinión, ¿cuáles son las principales necesidades de salud de la población atendida en APS?
- 3) ¿En qué consiste el trabajo de las enfermeras comunitarias en APS?
- 4) En su opinión, ¿qué competencias debe tener una enfermera comunitaria para trabajar en APS?
- 5) ¿En qué medida influye la gestión en el trabajo de las enfermeras comunitarias?
- 6) Para usted, ¿Qué importancia tiene la gestión que realiza en el Equipo de APS?
- 7) Identifica cambios en la organización de la atención a la salud y gestión de los servicios de APS en los últimos 10 años? ¿Cuáles?
- 8) ¿Considera que la gestión ha tenido impacto en el trabajo de las enfermeras comunitarias? ¿Qué cambios considera que han provocado este impacto?
- 9) ¿Identifica impactos derivados de la crisis económica y política en la salud de la población? ¿Desde cuando?
- 10) ¿Qué impactos cree que ha tenido la crisis en las condiciones de salud de los usuarios del Centro de Salud?
- 11) ¿Cómo percibe los impactos de la crisis en el proceso de trabajo enfermera en APS? ¿Cuáles?
- 12) ¿Qué ha hecho usted como gestor/a para afrontar los cambios producidos por la crisis con el objetivo de mejorar la atención de los usuarios del Centro de Salud?
- 13) ¿Qué recurso/s considera que ha/n podido contribuir a afrontar la crisis en APS? ¿Cómo ha contribuido a ello?
- 14) ¿Le gustaría añadir algo más?

APÊNDICE I – Roteiro para observação sistemática

- 1) Rotina semanal dos profissionais de enfermagem
- 2) Ações realizadas pelos profissionais de enfermagem
- 3) Meios e Instrumentos de trabalho técnicos, saberes e práticas
- 4) Articulações realizadas no trabalho
- 5) Metas de trabalho
- 6) Dificuldades encontradas e estratégias para enfrentamento

ANEXO A – Termo de consentimento livre e esclarecido



O presente documento tem por finalidade convidá-lo a participar de uma pesquisa sobre **Trabalho da Enfermagem na Atenção Primária em Saúde: aspectos do processo de trabalho no Brasil e na Espanha em conjunturas de crise**. Esta pesquisa faz parte do projeto de doutorado da pesquisadora, para desenvolver um estudo comparativo do processo de trabalho na Atenção Primária à Saúde (APS), considerando a conjuntura de crise neste nível de atenção. O objetivo da pesquisa é analisar os impactos da crise no processo de trabalho da enfermagem na APS, em perspectiva comparada Brasil e Espanha. Sua participação nesta pesquisa consistirá em uma entrevista sobre seu processo de trabalho na APS, considerando que seu país vive ou já passou por conjunturas de crise econômica e política, e que as conjunturas afetam a saúde das pessoas e o trabalho dos profissionais de saúde. Você foi selecionado por ser:

- () enfermeiro ou técnico/auxiliar de enfermagem da APS
- () gestor ou gerente na unidade de APS.

Perguntaremos sobre os impactos das situações de crise no trabalho da enfermagem na APS e qual é a sua avaliação sobre esta questão. A entrevista será individual, em local protegido, e será gravada pela pesquisadora, com duração média de 15 a 20 min. Além da entrevista individual, você pode ser convidado para participar de uma entrevista no modo de grupo focal, durante a pesquisa de campo. Caso seja realizada, será de um encontro com tempo máximo de 40 min. Com o consentimento, você não será forçado a participar de mais de uma modalidade de entrevistas; no entanto, e se você concordar, este termo pode ser útil para você participar de mais de um tipo de entrevista. As perguntas podem causar algum desconforto que lembre situações difíceis ou sobrecarga de trabalho. Neste caso, lembramos que você pode interromper a entrevista ou recusar-se a responder a qualquer questão, sem responder sobre esta decisão. Ademais, será realizado acompanhamento da rotina de trabalho na unidade pelo período de 30 dias, utilizando-se um diário de campo para registro dos dados.

Rubrica Participante	Rubrica Pesquisadora
----------------------	----------------------

Toda a informação coletada é de responsabilidade do pesquisador, sendo de caráter confidencial e de uso exclusivo do mesmo, conforme previsto na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012, que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos. Sua participação é voluntária, estando livre para se retirar da pesquisa quando assim desejar. Fica assegurado que sua identidade será mantida como informação confidencial. Qualquer informação dos dados não o identificará. Ao consentir neste formulário você estará autorizando o pesquisador a utilizar informações prestadas nas entrevistas, em sua pesquisa, e uma possível publicação do trabalho. Não haverá suporte financeiro direto para sua participação, mas você pode escolher locais, data e hora da sua conveniência. No caso de você concordar em participar desta investigação, assine no final deste documento. Abaixo encontram-se os telefones e o endereço institucional do pesquisador responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa CEP, onde você pode tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento. Caso ocorra danos relacionados à participação, poderá recorrer à legislação brasileira vigente para resolução. Será realizado o retorno dos dados coletados, a partir da apresentação da versão final da tese, assim como outros produtos originados da pesquisa por meio digital. Contato com a pesquisadora Amanda de Lucas Xavier Martins. Telefone: + 55 (32) 988388208, disponível de segunda a sexta-feira no horário de 8:00 às 19:00. Caso tenha dificuldades em contatar o investigador responsável, comunicar o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar, Maracanã, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, email: etica@uerj.br Telefone: + 55 (21) 23342180; e/ou Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401 – Centro/Rio de Janeiro – Tel.: (21) 2215-1485 - CEP: 20031-040 - E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br. Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios da minha participação na pesquisa e que concordo em participar.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Nome do(a) participante por extenso: <hr/>	Nome da pesquisadora por extenso: Amanda de Lucas Xavier Martins (doutoranda)
Assinatura do(a) participante: <hr/>	Assinatura da pesquisadora: <hr/>

ANEXO B – Consentimiento Informado

Yo, (*Nombre y apellidos manuscritos por el o la participante*)

- He leído esta hoja de información y he tenido tiempo suficiente para considerar mi decisión.
- Me han dado la oportunidad de formular preguntas y todas ellas se han respondido satisfactoriamente.
- He estado informado/a por: _____
- Comprendo que mi participación en este estudio no tendrá para mí consecuencias y comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones.
- Sin que tenga ningún tipo de repercusión.

Comprendo que, si decidiese retirarme del estudio, los resultados obtenidos hasta ese momento podrán seguir siendo utilizados.

Comprendo que de conformidad con lo que dispone la legislación vigente en materia de protección de datos puedo ejercer mis derechos en relación con el tratamiento de sus datos personales de acceso, rectificación y supresión, entre otros, de conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de esos datos (RGPD).

Después de haber meditado sobre la información que me han proporcionado, declaro que mi decisión es la siguiente:

Doy No doy

Mi consentimiento para participar en el estudio y para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información.

Adicionalmente, le invitamos a autorizar el tratamiento de sus datos en formato audiovisual:

Doy No doy

Mi consentimiento para la captación y grabación de mi imagen y sonido (videos, fotografías u otros medios) con la finalidad de participar en el estudio en las condiciones detalladas en la hoja de información. La persona cedente cede el derecho a reproducir, distribuir y difundir total o parcialmente su imagen y sonido, a través de cualquier procedimiento y/o medio, tangible o intangible, on-line u off-line.

Autorizo expresamente a la Universidad de Alicante para que el estudio pueda ser destinado también a finalidades docentes.

Además, con independencia del objetivo principal, acepto que los datos recogidos en la evaluación puedan ser utilizados con fines de investigación relacionados con el área en la que se integrase científicamente el estudio inicial por parte del equipo investigador y que los datos obtenidos serán tratados, con respeto a la vigente normativa de protección de datos, asegurando completamente el anonimato (seudonimizados). La legitimación de este tratamiento se basa en el consentimiento de la persona interesada.

En el marco de los tratamientos mencionados, sus datos no se cederán a terceros salvo obligación legal. Puede ejercitar sus derechos en relación con el tratamiento de sus datos personales de acceso, rectificación y supresión, entre otros, mediante solicitud dirigida a la persona responsable de la investigación o ante el Delegado o la Delegada de protección de datos de la Universidad de Alicante (dpd@ua.es) en el Registro General de la Universidad de Alicante, o bien a través de su Sede electrónica (<http://sedeelectronica.ua.es>).

Por todo ello, declaro que he recibido toda la información relevante y mediante el presente escrito manifiesto mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos en las condiciones detalladas en la hoja de información, y mi conformidad al hecho de que los datos sean tratados de la forma expresada:

FIRMA DEL PARTICIPANTE (1)	FIRMA DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN (2)
NOMBRE:	NOMBRE: Amanda de Lucas Xavier Martins
FECHA:	FECHA:

(1) Si el participante es menor de edad o tiene dificultades cognitivas, firma de al menos un representante legal (padre, madre, tutor/a)	(2) En su caso, firma del tutor académico de la investigación (director/a de TFG/TFM o de Tesis Doctoral)
NOMBRE:	NOMBRE:
FECHA:	FECHA:


De conformidad con lo que dispone la legislación vigente en materia de protección de datos, se le comunica que la Universidad de Alicante tratará los datos aportados en este formulario, así como aquellos contenidos en la documentación que la acompañe, e incorporados a la actividad de tratamiento "0118-Cuestionarios online Proyectos de investigación" con la finalidad de llevar a cabo uno o diversos proyectos de investigación llevados a cabo por la propia Universidad. La legitimación de este tratamiento se basa en el consentimiento de la persona interesada. En el marco de los tratamientos mencionados, sus datos no se cederán a terceros salvo obligación legal. Le informamos que puede ejercer sus derechos en relación con el tratamiento de sus datos personales de acceso, rectificación y supresión, entre otros, mediante solicitud dirigida a la Gerencia de la Universidad en el Registro General de la Universidad de Alicante, o bien a través de su Sede electrónica (<http://sedeelectronica.ua.es>). Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de datos, sus derechos y la Política de Privacidad de la Universidad de Alicante en el siguiente enlace: <https://seuelectronica.ua.es/es/privacidad.html>.

ANEXO C – Folha de rosto da CONEP



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Trabalho da Enfermagem na Atenção Primária em Saúde: aspectos do processo de trabalho no Brasil e na Espanha em conjunturas de crise			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 40			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde, Grande Área 7. Ciências Humanas			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS			
6. CPF: 069.531.356-89		7. Endereço (Rua, n.º): DO GUANUMBI 270 FREGUESIA (JACAREPAGUA) 2 707 RIO DE JANEIRO RIO DE JANEIRO	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: 32988388208	11. Email: amandaxenf@gmail.com
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>27</u> / <u>12</u> / <u>2019</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ		13. CNPJ:	14. Unidade/Orgão: Faculdade de Enfermagem da UERJ
15. Telefone: (21) 2868-8236		16. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: _____		CPF: _____	
Cargo/Função: _____			
Data: ____ / ____ / ____		_____ Assinatura	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			

ANEXO D – Carta de aprovação do CEP UERJ

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Trabalho da Enfermagem na Atenção Primária em Saúde: aspectos do processo de trabalho no Brasil e na Espanha em conjunturas de crise

Pesquisador: AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 27731219.0.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.807.851

Apresentação do Projeto:

De acordo com a pesquisadora:

*Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, a ser realizado a partir de pesquisa de campo na unidades de saúde e com trabalhadores assistenciais e gestores da enfermagem na APS de uma Área Programática (AP) do Rio de Janeiro – RJ no Brasil e em unidades e trabalhadores assistenciais e gestores da enfermagem em Alicante na Comunidade Autônoma de Valência na Espanha. Além disso, propõe-se investigação documental relacionada aos marcos históricos de organização, gestão e financiamento dos serviços de APS, que contribuam para a compreensão da manifestação da crise no setor. Propõe-se como cenário de pesquisa de campo 3 unidades de APS na cidade de Alicante, Comunidade Autônoma Valenciana na Espanha e na Área Programática 5.3 localizada na zona oeste do Rio de Janeiro-RJ. A escolha das unidades se dará a partir da autorização e indicação do responsável pela gestão das unidades de saúde em Alicante na Espanha e na Coordenação da Área Programática da 5.3 no Rio de Janeiro no Brasil. Os sujeitos desta pesquisa serão os profissionais de enfermagem (enfermeiros e técnicos/auxiliares) que trabalham na APS. Estima-se o número total de participantes em cerca de 40 profissionais de enfermagem. O recrutamento dos sujeitos da pesquisa se dará através do contato com as gerências das equipes, podendo participar qualquer profissional de enfermagem que esteja atuando no momento na APS. Propõe-se a realização de pesquisa de campo em 3 unidades de APS em 1 Área Programática(5.3) no Rio de Janeiro – RJ, obtendo como sujeitos os técnicos/auxiliares

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. Sl 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etico@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.007.001

de enfermagem e enfermeiros (assistencial, responsável técnico e gerente), a partir das seguintes técnicas: Grupo focal, Questionários, Entrevistas em profundidade, e Observação Sistemática. Ademais, pretende-se realizar entrevistas em profundidade com gestores que tenham estado no cargo de coordenação da respectiva Área Programática e do nível central na Secretaria Municipal de Saúde (SMS-RJ).*

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com a pesquisadora:

*Objetivo Primário:

Analisar o processo de trabalho da enfermagem na APS em perspectiva comparada entre Brasil e Espanha, considerando a conjuntura de crise.

Objetivo Secundário:

Realizar análise documental relacionada às definições para o processo de trabalho na APS na Espanha e Brasil nos últimos 10 anos; Caracterizar o processo de trabalho da enfermagem na APS espanhola e brasileira; Identificar elementos que constituem a conjuntura crise econômico e sua expressão na APS espanhola e brasileira; Contribuir para a elaboração da matriz teórico-conceitual a partir da análise do processo de trabalho nos respectivos países. Contribuir para análise a cerca das práticas desenvolvidas pela enfermagem na APS espanhola e brasileira.;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a pesquisadora:

*Riscos:

Conforme orientações do CEP/CONEP sobre as pesquisas envolvendo seres humanos, os participantes da pesquisa não serão submetidos a nenhum dano físico. Será priorizado a aplicação da pesquisa em ambientes que favoreçam a privacidade e o sigilo dos participantes, sendo evitado procedimentos que possam causar desconforto ou estresse psicológico. Caso ocorra qualquer risco ou dano, os participantes poderão desistir da pesquisa e poderão informar aos pesquisadores para assegurar os necessários cuidados.

Benefícios:

Todos os benefícios resultantes do projeto retornarão aos participantes da pesquisa através do acesso a artigos, materiais e/ou apresentações produzidos ao término da pesquisa.*

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com a pesquisadora:

*Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa, a ser realizado a

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;




Continuação do Projeto: 3.507.551

partir de pesquisa de campo na unidades de saúde e com trabalhadores assistenciais e gestores da enfermagem na APS de uma Área Programática (AP) (5.3) do Rio de Janeiro – RJ no Brasil e em unidades e trabalhadores assistenciais e gestores da enfermagem em Alicante na Comunidade Autónoma de Valência na Espanha. Além disso, propõe-se investigação documental relacionada aos marcos históricos de organização, gestão e financiamento dos serviços de APS, que contribuam para a compreensão da manifestação da crise no setor. Estima-se o número total de participantes em cerca de 40 profissionais de enfermagem. O recrutamento dos sujeitos da pesquisa se dará através do contato com as gerências das equipes, podendo participar qualquer profissional de enfermagem que esteja atuando no momento na APS. Minayo (2010) traz que o critério norteador para saturação dos dados da mostra em pesquisas qualitativas não é numérico, propõe que os colaboradores componham um conjunto diversificado, detenham atributos que se pretendem investigar e que permitam a saturação das informações, não tendo um número específico de sujeito.

Pretende-se organizar os documentos selecionados na pesquisa em um quadro sistematizado conforme período histórico de publicação do documento, relacionando-os às variáveis políticas e econômicas, e suas respectivas orientações institucionais que se manifestam em demandas de adequação do processo de trabalho da enfermagem nas unidades de APS. Em sequência à coleta de dados na pesquisa de campo, registradas a partir da gravação e transcrição das entrevistas, além da transcrição diário de campo e digitação do questionário para meio eletrônico para análise dos mesmos. Será realizada a organização do material para interpretação qualitativa de todo material gerado na pesquisa de campo, sendo todo ele transcrito e limpo pelo pesquisador. As transcrições contarão com observações do pesquisador e cada sujeito da pesquisa receberá um código para garantia do anonimato. As palavras serão transcritas na íntegra e, caso haja menção à nomes, será designado iniciais para garantia do anonimato.

Após esta etapa de tratamento dos dados, será realizada a aproximação interpretativa e a elaboração das categorias empíricas. A análise consiste na extração de sentidos dos dados coletados na pesquisa, qual seja texto e imagem. Busca aprofundar na compreensão dos dados, fazendo a interpretação mais ampla para entender o fenômeno da pesquisa. (CRESWELL, 2007) O processo de análise tem como finalidade na investigação social de inserir-se no contexto da descoberta proposta pela pesquisa, administrando e balizando os achados, hipóteses ou pressupostos e ampliar a compreensão dos contextos culturais. Seguiremos a categorização e Análise de Conteúdo de Bardin, para organização e síntese com sentido, fatos, momentos ou processos da realidade observada. (BARDIN, 1979 apud MINAYO, 2013)A

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. Sl 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO; 

Continuação do Parecer: 3.807.851

essência deste procedimento de análise está na possibilidade de realizar inferências a partir de fatores que se apresentam com regularidade nos dados coletados de uma determinada realidade para tecer compreensões sobre um contexto de maneira objetivada. Traz como característica a racionalidade lógica e sistemática dos dados permitindo tornar replicáveis e válida a inferência, exigindo explicitação do método utilizado e preocupando-se com o discurso explícito na interpretação. (MINAYO, 2013).*

Foram atendidas as considerações do Parecer anterior. A pesquisa está bem estruturada e o referencial teórico e metodologia estão explicitados, demonstrando aprofundamento e conhecimentos necessários para sua realização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos de apresentação obrigatória foram enviados a este comitê, estando dentro das boas práticas e apresentando todos os dados necessários para a apreciação ética, e tendo sido avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil e as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos iminentes aos participantes envolvidos na pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para janeiro de 2021. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Tendo em vista a legislação vigente, o CEP recomenda ao(à) Pesquisador(a): Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e/ou no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para análise das mudanças; informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; o comitê de ética solicita a V.S.^a que encaminhe a esta comissão relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) meses da pesquisa e, ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ªand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

Continuação do Parecer: 3.807.851

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1494322.pdf	17/01/2020 18:56:47		Aceito
Outros	documento_carta.doc	17/01/2020 18:55:26	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEAmandaModificado.pdf	17/01/2020 18:51:10	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEAmanda.pdf	17/01/2020 18:25:45	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoComiteAmanda.pdf	27/12/2019 16:11:33	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito
Orçamento	OrcamentoPesquisaAmanda.pdf	27/12/2019 15:51:04	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaEspanha.pdf	27/12/2019 15:05:01	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito
Brochura Pesquisa	RoteiroPesquisaDocumental.pdf	27/12/2019 15:02:29	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito
Brochura Pesquisa	RoteiroGrupoFocal.pdf	27/12/2019 15:02:13	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito
Brochura Pesquisa	RoteiroEntrevista1.pdf	27/12/2019 15:02:00	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito
Brochura Pesquisa	RoteiroEntrevista2.pdf	27/12/2019 15:01:49	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito
Brochura Pesquisa	RoteiroQuestionario.pdf	27/12/2019 15:01:40	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito
Brochura Pesquisa	RoteiroObservacaoSistematica.pdf	27/12/2019 15:01:33	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDoutoradoAmanda.pdf	27/12/2019 14:58:41	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaInstitucionalAmandaXavier.pdf	27/12/2019 14:51:28	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito
Cronograma	CronogramaProjetoAmanda.pdf	27/12/2019 14:46:33	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito

Situação do Parecer:

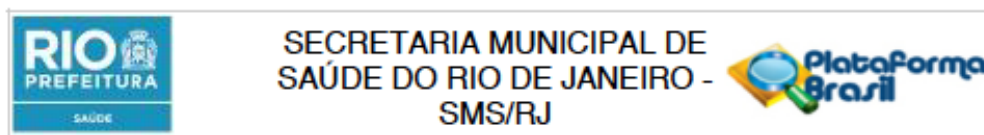
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. Sl 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.559-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

ANEXO E – Carta de aprovação do SMSRJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Trabalho da Enfermagem na Atenção Primária em Saúde: aspectos do processo de trabalho no Brasil e na Espanha em conjunturas de crise

Pesquisador: AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 27731219.0.3001.5279

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saude do Rio de Janeiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.993.850

Apresentação do Projeto:

1)Apresentação do Projeto (RESUMO): "as informações deste parecer foram obtidas do documento (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1514282_E1), postado na Plataforma Brasil (PB) em 19/02/2020. "Este projeto é a proposta de pesquisa de doutorado da autora com vistas a desenvolver um estudo sobre o processo do trabalho da enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS) na conjuntura de crise. O projeto se vincula de forma colaborativa aos estudos sobre a organização do trabalho e as práticas da enfermagem na APS em perspectiva comparada internacional, intitulados: "A enfermagem na Atenção Primária à Saúde numa perspectiva comparada entre Brasil e Espanha: conjunturas de crise e impactos na saúde", sob a coordenação da Prof.^a Helena Leal David e

"Práticas dos enfermeiros nas equipes de Atenção Primária À Saúde: construção de projetos emancipatórios numa perspectiva comparada", sob coordenação da Prof.^a Sonia Acioli, apresentando-se como componente da pesquisa voltado para o aprofundamento da análise acerca do processo de trabalho, nos dois países. A pesquisa partirá do referencial teórico e metodológico do materialismo histórico e dialético, buscando compreender as mediações relacionadas a prática social da enfermagem no nível primário de atenção na conjuntura de crise. Os procedimentos metodológicos serão triangulados, a partir de abordagem qualitativa, utilizando-se da análise de dados documentais e oficiais, aplicação de questionário e entrevistas abertas com trabalhadores da enfermagem em unidades de APS em Alicante na Espanha e Rio de Janeiro no Brasil".

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

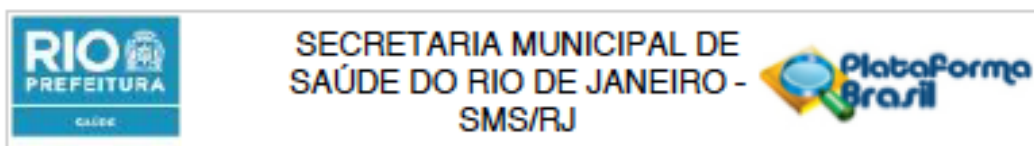
CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepmsrj@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 4.046.880

Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecid oRevisto2704.pdf	15/05/2020 16:16:20	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito
Outros	documento_carta.doc	17/01/2020 18:55:26	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEAmandaModificado.pdf	17/01/2020 18:51:10	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEAmanda.pdf	17/01/2020 18:25:45	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito
Brochura Pesquisa	RoteiroPesquisaDocumental.pdf	27/12/2019 15:02:29	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito
Brochura Pesquisa	RoteiroGrupoFocal.pdf	27/12/2019 15:02:13	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito
Brochura Pesquisa	RoteiroEntrevista1.pdf	27/12/2019 15:02:00	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito
Brochura Pesquisa	RoteiroEntrevista2.pdf	27/12/2019 15:01:49	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito
Brochura Pesquisa	RoteiroQuestionario.pdf	27/12/2019 15:01:40	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito
Brochura Pesquisa	RoteiroObservacaoSistematica.pdf	27/12/2019 15:01:33	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDoutoradoAmanda.pdf	27/12/2019 14:58:41	AMANDA DE LUCAS XAVIER MARTINS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 25 de Maio de 2020

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 E-mail: cepsmsrj@yahoo.com.br

ANEXO F – Carta de aprovação do COMITE DE ÉTICA UA (Espanha)

Documento electrónico generado el 30/03/2020 10:03:53. Página 1/2
 Código de verificación (CSV): WZJ0URGT7PKZEH1PK0LJWE Puede validar el documento en <https://seua.electronica.ua.es/>

RAFAEL MUÑOZ GUILLENA, Presidente del Comité de Ética y Vicerrector de Investigación y Transferencia de Conocimiento de la Universidad de Alicante,

INFORMA:

Que el Comité de Ética de la Universidad de Alicante, reunido en fecha 27 de marzo de 2020, una vez estudiada la documentación presentada del proyecto de investigación "Enfermería Comunitaria en Atención Primaria de Salud: estudio sobre el proceso de trabajo en Brasil y España en situaciones de crisis". Expediente UA-2020-02-12, cuyo Investigador principal es José Ramón Martínez Riera, dio su visto bueno para la realización del citado proyecto.

Y para que conste a los efectos oportunos se firma el presente en Alicante, a veintisiete de marzo de dos mil veinte.

RAFAEL MUÑOZ GUILLENA, President del Comitè d'Ètica i Vicerector d'Investigació i Transferència de Coneixement de la Universitat d'Alacant,

INFORMA:

Que el Comitè d'Ètica de la Universitat d'Alacant, reunit amb data 27 de març de 2020, una vegada estudiada la documentació presentada del projecte d'investigació "Enfermeria Comunitaria en Atención Primaria de Salud: estudio sobre el proceso de trabajo en Brasil y España en situaciones de crisis". Expedient UA-2020-02-12, l'investigador principal del qual és José Ramón Martínez Riera, va donar el seu vistipiau per a la realització de l'esmentat projecte.

I perquè conste als efectes oportuns es signa el present a Alacant, a vint-i-set de març de dos mil vint.

Rafael Muñoz Guillena

ANEXO G – Hoja de información al participante

Título del proyecto:	Enfermería Comunitaria en Atención Primaria de Salud: estudio sobre el proceso de trabajo en Brasil y España en situaciones de crisis
Investigador/a principal:	José Ramón Martínez Riera
Departamento:	Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia

Nos dirigimos a usted para solicitar su consentimiento para participar en un proyecto de investigación que ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Alicante, y que se llevará a cabo de acuerdo con las normas de Buena Práctica Clínica y a los principios éticos internacionales aplicables a la investigación en humanos (Declaración de Helsinki en su última revisión).

Con el fin de que pueda decidir si desea participar en este proyecto, es importante que entienda por qué es necesaria esta investigación, lo que va a implicar su participación, cómo se va a utilizar su información y sus posibles beneficios, riesgos y molestias. En este documento podrá encontrar los detalles del proyecto. Por favor, tómese el tiempo necesario para leerlo atentamente y le aclararemos las dudas que le puedan surgir. Cuando haya comprendido el proyecto se le solicitará que firme el consentimiento informado si desea participar en él.

Si decide participar en este estudio debe saber que lo hace voluntariamente y que podrá, así mismo, abandonarlo en cualquier momento. En el caso en que decida suspender su participación, ello no va a suponer ningún tipo de penalización ni pérdida o perjuicio en sus derechos.

El proyecto se llevará a cabo en el Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante y en los centros de salud en los que trabajen las enfermeras participantes.

¿POR QUÉ SE REALIZA ESTE PROYECTO?

Este proyecto es la propuesta de investigación doctoral de la doctoranda Amanda de Lucas Xavier Martín durante su estancia Académica en la Universidad de Alicante tutorizada por el Dr. José Ramón Martínez Riera, con el propósito de desarrollar un estudio sobre el

proceso de trabajo de enfermería en Atención Primaria de Salud (APS) en el contexto de crisis. El proyecto está vinculado de manera colaborativa a estudios sobre organización del trabajo y prácticas de enfermería en APS en una perspectiva comparativa internacional, titulada: "Enfermería en Atención Primaria de Salud en una perspectiva comparativa entre Brasil y España: coyunturas de crisis e impactos de Helena Leal David y "Prácticas de enfermería en equipos de atención primaria de salud: construcción de proyectos emancipatorios desde una perspectiva comparativa", coordinada por la profesora Sonia Acioli de la Universidad Estatal de Río de Janeiro (UERJ). Investigación dirigida a profundizar el análisis del proceso de trabajo en ambos países. La investigación comenzará desde el marco teórico y metodológico del materialismo histórico y dialéctico, buscando comprender las mediaciones relacionadas con la práctica social de la enfermería en el nivel primario de atención en el contexto de crisis. Los procedimientos metodológicos serán triangulados, basados en un enfoque cualitativo, utilizando análisis de datos documentales y oficiales, aplicación de cuestionarios y entrevistas abiertas con trabajadores de enfermería en unidades de APS en Alicante, España y Río de Janeiro, Brasil.

¿CUÁL ES EL OBJETIVO DEL PROYECTO?

Analizar el proceso de trabajo de enfermería en APS en una perspectiva comparativa entre Brasil y España, considerando la coyuntura de crisis.

¿CÓMO SE VA A REALIZAR EL ESTUDIO?

Este es un estudio exploratorio descriptivo con un enfoque cualitativo, que se llevará a cabo a través de dos estrategias: estudio teórico a partir de la construcción de matriz teórico-conceptual del trabajo de enfermería en APS y análisis de documentos; y recopilación de datos empíricos a través de entrevistas con profesionales enfermeros sobre su proceso de trabajo en APS.

¿QUÉ BENEFICIOS PUEDO OBTENER POR PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO?

La información que nos facilite, así como la que se obtenga de los análisis que se realicen, pueden ser de gran utilidad conocer cuál es el trabajo que desarrollan las enfermeras y cómo han influido los periodos de crisis en el mismo.

Por su participación en el estudio no obtendrá compensación económica.

¿QUÉ RIESGOS PUEDO SUFRIR POR PARTICIPAR EN EL ESTUDIO?

No existen riesgos derivados de su participación.

¿QUÉ DATOS SE VAN A RECOGER?

Relatos orales y datos relativos a las experiencias/vivencias de enfermeras de Atención Primaria sobre su trabajo durante los periodos de crisis y su influencia en el mismo y en la salud de la población atendida.

¿CÓMO SE TRATARÁN MIS DATOS PERSONALES Y CÓMO SE PRESERVARÁ LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN?

De conformidad con lo que dispone la legislación vigente en materia de protección de datos (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y a lo estipulado en el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016, General de Protección de Datos), se le comunica que la Universidad de Alicante tratará los datos recogidos en el estudio, así como aquellos contenidos en la documentación que la acompañe, con la finalidad de llevar a cabo el proyecto de investigación por la propia Universidad. El acceso a sus datos seudonimizados quedará restringido al equipo investigador cuando exista un compromiso de confidencialidad y de no realizar ninguna actividad de reidentificación, y autoridades sanitarias cuando lo precisen, para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de estos de acuerdo a la legislación vigente.

La legitimación de este tratamiento se basa en el consentimiento de la persona interesada.

En el marco de los tratamientos mencionados, sus datos no se cederán a terceros salvo obligación legal.

Le informamos que puede ejercer sus derechos en relación con el tratamiento de sus datos personales de acceso, rectificación y supresión, entre otros, mediante solicitud dirigida a

la Gerencia de la Universidad en el Registro General de la Universidad de Alicante, o bien a través de su Sede electrónica (<http://sedeelectronica.ua.es>).

Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de datos, sus derechos y la Política de Privacidad de la Universidad de Alicante en el siguiente enlace: <https://seuelectronica.ua.es/es/privacidad.html>.

El acceso a sus datos seudonimizados se realizará guardando la más estricta confidencialidad de forma que no se viole la intimidad personal de los participantes en el estudio. Estos datos serán tratados, de modo que la información que se obtenga no pueda asociarse a persona identificada o identificable. El equipo investigador, cuando procese y trate sus datos tomará las medidas de seguridad específicas para evitar la reidentificación, las medidas oportunas para protegerlos y evitar el acceso a los mismos de terceros no autorizados.

¿CON QUIÉN PUEDO CONTACTAR EN CASO DE DUDA?

Si precisa mayor información sobre el estudio puede contactar con Dr. José Ramón Martínez Riera, Teléfono: 965903400, ext. 2820. jr.martinez@ua.es

Firma del participante:

Firma de la persona responsable de la investigación:

En Alicante, a ____ de _____ de 20__