

A Precarização do Trabalho e da Vida dos Profissionais de Saúde Que Atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) de Niterói¹

The Precarization of Work And Life of The Health Professionals Who Act in The "Programa Saúde Na Escola" (School Health Program) (PSE) of Niterói

La Precarización Del Trabajo Y De La Vida De Los Profesionales De Salud Que Trabajan En El Programa De Salud Escolar De Niterói (PSE)

Ranulfo Cavalari Neto

UFF

Niterói, RJ-Brasil

ranulfo-z3@hotmail.com

Sônia Maria Dantas Berger

UFF

Niterói, RJ-Brasil

sdantasberger@gmail.com

RESUMO

O objetivo deste artigo foi discutir a precarização do trabalho e da vida, a partir da percepção dos profissionais do setor saúde que atuam no Programa Médico de Família (PMF) de Niterói inseridos no Programa Saúde na Escola (PSE). Admitiu-se a "precarização do trabalho" como tendo uma origem num processo maior, chamado de "precarização social", principalmente de alguns grupos sociais. Trata-se de um recorte de uma pesquisa qualitativa com profissionais de saúde do PMF, utilizando-se entrevistas semiestruturadas e observação participante. Os dados foram analisados por meio da Análise de Conteúdo, resultando em três categorias temáticas: a racionalidade produtivista produzida pela sociedade e reproduzida no PMF; a precarização da vida de mulheres; e a precarização do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS). Observou-se que as conjunturas política e econômica interferiram na gestão local dos recursos humanos no SUS, trazendo graves consequências como o desmonte e a fragilização no modelo da Atenção Básica originalmente proposta para ser implementada no âmbito de um sistema universal de saúde. O cenário encontrado identificou limites para a consolidação das práticas intersetoriais de saúde na escola e alcance dos objetivos esperados para o PSE.

Palavras-chave: *profissional de saúde; serviços de saúde escolar; relações trabalhistas; trabalho.*

ABSTRACT

The objective of this article was to discuss the precariousness of work and life, based on the perception of the health sector professionals who work in the (Family Medical Program - Programa Médico de Família) (PMF) in Niterói as part of the (HEALTH AT SCHOOL PROGRAM - Programa Saúde na Escola (PSE)). "Precarization of labor" was admitted as having its origin in a larger process, called "social precarization", mainly of some social groups. It is an excerpt of a qualitative research with PMF health professionals, using semi-structured interviews and participant observation. The data were analyzed through Content Analysis, resulting in three thematic categories: the productivist rationality produced by society and reproduced in the PMF; the precariousness of women's lives; and the precariousness of work in the (Sistema Único de Saúde (SUS) - Unified Health System UHS). It was observed that the political and economic conjunctures interfered in the local management of the human resources in the UHS/SUS, bringing serious consequences such as the dismantling and the fragilization in the Basic Attention model originally proposed to be implemented within the scope of a universal health system. The moment identified limits for the consolidation of intersectoral health practices at school and achievement of the objectives expected for the PSE.

Keywords: *health personnel; school health services; labor relations; work.*

RESUMEN

El objetivo de este artículo fue discutir la precariedad del trabajo y la vida, basada en la percepción de los profesionales del sector de la salud que trabajan en el Programa de Medicina Familiar (PMF) en Niterói, insertado en el Programa Salud en la Escuela (PSE). Se admitió que la "precariedad laboral" tiene su origen en un proceso más amplio, llamado "precariedad social", principalmente de algunos grupos sociales. Este es un extracto de una investigación cualitativa con profesionales de la salud del PMF, utilizando entrevistas semiestructuradas y observación participante. Los datos fueron analizados a través del Análisis de Contenido, lo que resultó en tres categorías temáticas: la racionalidad productivista producida por la sociedad y reproducida en el PMF; la precariedad de la vida de las mujeres; y trabajo precario en el Sistema Único de Salud (SUS). Se observó que las coyunturas políticas y económicas interferían en la gestión local de los recursos humanos en el SUS, trayendo serias consecuencias como el desmantelamiento y el debilitamiento del modelo de Atención Primaria originalmente propuesto para ser implementado dentro del alcance de un sistema de

¹ O artigo é uma parte dos resultados de uma dissertação de mestrado, no qual possuía financiamento da CAPES e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFF, sob o parecer nº 2.517.534 28 de 28/02/2018.

salud universal. El escenario encontró límites identificados para la consolidación de las prácticas de salud intersectoriales en la escuela y el logro de los objetivos esperados para el PSE.

Palabras clave: *salud ambiental, leishmaniasis, potencial biotecnológico vegetal; desenvolvimento sustentável.*

INTRODUÇÃO

A singularidade do trabalho em saúde, segundo Cecilio e Lacaz (2012), está contida no ato de cuidar, ou seja, independentemente da organização de saúde onde seja desenvolvido, o trabalho do profissional de saúde resulta em cuidado. Entretanto, na perspectiva adotada pelos autores, faz-se necessário reconhecer que esse trabalho passa por algumas transformações, entre as quais ganham destaque: o processo de especialização e fragmentação das práticas em saúde; e, a institucionalização crescente do trabalho em saúde, marcada pelo acelerado processo de precarização das relações de trabalho e introdução de estratégias racionalizadoras da vida organizacional. Tais transformações influenciam diretamente na consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e de suas articulações com os outros setores públicos (educação, saneamento básico, transporte e outros).

Assim, sendo a intersectorialidade² entendida como uma possibilidade governamental para superar a fragmentação existente entre os setores, influenciando no planejamento, execução e avaliação das políticas públicas, principalmente em relação aos resultados dessas intervenções (FARIAS et al., 2016), diante das transformações no processo de trabalho em saúde, passa a se configurar como um desafio a ser enfrentado. Neste caminho, o Programa Saúde na Escola (PSE) implementado em 2007 pelo Ministério da Saúde (MS), junto ao Ministério da Educação, ganha relevância. As práticas intersectoriais do PSE são propostas com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública da educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. Assim, a equipe formada pelos profissionais de saúde e da educação teriam a função de assumir uma atitude permanente de empoderamento da comunidade escolar, trazendo a esta realidade o princípio básico da promoção da saúde (BRASIL, 2009).

Contudo, são encontradas barreiras na implementação do PSE. Na pesquisa de Medeiros et al. (2018), realizada com profissionais de saúde do nordeste brasileiro, foram identificadas dificuldades para realização das ações pactuadas, algumas associadas ao processo de precarização do trabalho, tais como: a escassez de recursos materiais e financeiros (50,5%), ausência de articulação intersectorial (26,7%) e excesso de atividades no processo de trabalho (17,1%).

² A intersectorialidade é "um paradigma inovador que surge gradativamente nas políticas sociais públicas, cujo intento é superar a histórica tradição empirista cartesiana e a burocracia compartimentalizada das administrações públicas. A intersectorialidade carrega na sua essência as contradições típicas das políticas sociais públicas, de subsidiar através da operacionalidade de diferentes setores públicos a atenção basilar das necessidades do cidadão, assim como mantém a reprodução da ordem capitalista de atenuar as expressões da questão social". (FALER, 2016, p. 13)

O objetivo deste artigo é discutir a precarização do trabalho e da vida, tendo como referência as análises de Robert Castel (2010), e a perspectiva da solidariedade em Paulo Freire (2014), a partir da percepção dos profissionais do setor saúde que atuam no Programa Médico de Família (PMF) de Niterói inseridos no PSE. Trata-se da análise de resultados parciais de um estudo de caso realizado dentro do Mestrado em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal Fluminense (PPGSC/UFF) durante o ano de 2018. Uma vez discutida a temática da precarização, espera-se contribuir com reflexões que visem à proteção social dos trabalhadores/as no planejamento da gestão pública, dando visibilidade à influência que os fatores da vida em sociedade produzem nos programas intersetoriais, como o PSE.

CENÁRIOS E CONTEXTOS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

O estudo possui um contexto diferenciado de organização da Atenção Básica (AB), originado pela implementação, ainda no ano de 1992, do Programa Médico de Família (PMF) em Niterói, sendo interessante investigar as particularidades que tal modelo trouxe ao PSE quando foi implementado. Tal programa serviu de inspiração para a formulação do antigo Programa Saúde da Família (PSF) no estado do Rio de Janeiro e, posteriormente, em vários municípios do país. Os autores Hubner e Franco (2007, p. 188) escrevem que “o conceito de saúde adotado pelo PMF compreende a imprescindibilidade de articulações intersetoriais, de efetiva participação da sociedade, na busca de “um novo marco civilizatório” [...]”. A partir disso, ficam evidentes os pressupostos da intersetorialidade, da territorialidade e da participação social moldando esse programa, que mais tarde serviria de inspiração para o PSF.

Além do conceito de saúde adotado pelo PMF, outra característica importante na sua implementação foi o critério de escolha do local dos módulos (denominação dos serviços de saúde). Um dos requisitos básicos utilizados para a criação do módulo do PMF era que estivesse localizado em bairros ou aglomerações populacionais de baixa renda, não contemplados pelo poder público local com equipamentos sociais. Outra especificidade era a característica de cogestão, como explica o trecho abaixo:

[...] os presidentes das associações de moradores passam à condição de gestores do programa. Os profissionais são selecionados pela equipe de supervisão e contratados por essas associações, que, através de um repasse do município, os remuneram mensalmente (contratos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)). (HUBNER e FRANCO, 2007, p. 186).

No cenário nacional recente, acontecimentos e fatos marcaram fortemente a conjuntura política e econômica no Brasil, especialmente a partir do ano de 2016, como a tentativa de desmonte e desinstitucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), a Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 241 e, o golpe à democracia, marcado pelo julgamento, condenação e impeachment da então Presidenta, dando vez ao seu vice, que assumiu, interinamente, a Presidência da República até as

eleições de 2018. O Ministro da Saúde na época demonstrava seu desprezo pelo SUS realizando ataques à universalidade e produzindo um fortalecimento dos segmentos privados com medidas que envolviam a regulamentação de “planos populares”, sob forte ataque ao financiamento público destinado à saúde pública. Nesse sentido, a solução para a crise econômica do país foi o lançamento da Proposta de Emenda Constitucional 241/2016 – PEC 241, aprovada pela Câmara dos Deputados em uma madrugada de Outubro de 2016, seguindo para o Senado sob a numeração de PEC 55. Tal medida governamental congela por 20 anos os gastos da área da saúde e educação, afetando principalmente as classes sociais mais baixas e dependentes dos serviços oferecidos pelo Estado.

Em Niterói, outro fato que impactou negativamente as políticas públicas locais ocorreu em 2017, quando foi anunciada uma mudança no modelo de convênio estabelecido pela prefeitura com o PMF, o que resultou no rompimento do repasse de recursos à Associação de Moradores para que contratasse e pagasse os profissionais da saúde. Houve uma determinação do Ministério Público do Trabalho (MPT) para que o município realizasse um concurso público na área da saúde. Tal determinação do MPT foi substituída por um processo seletivo simplificado temporário para suprir a necessidade de profissionais do PMF.

No segundo semestre de 2017, Niterói estava no meio da quarta pactuação com o MS para a realização do PSE, onde já havia um diálogo entre escolas e PMF para a realização das ações. Com o anúncio da troca de profissionais houve uma desestabilização no diálogo entre os profissionais da saúde, professores e diretores da escola. Desse modo, não só o PSE sofreu com essa mudança, mas todo o planejamento assistencial da AB de Niterói, além dos vínculos estremecidos.

Nesse movimento de se entender a precarização do trabalho e da vida a partir do processo de trabalho dos profissionais de saúde que atuaram no PSE de Niterói, são apresentados a seguir alguns marcos conceituais que colaboram para a discussão proposta no artigo.

PEQUENAS NOTAS SOBRE A PRECARIZAÇÃO SOCIAL, AS FORMAS DE PRECARIZAÇÃO E O PRINCÍPIO DA SOLIDARIEDADE

Na obra de Robert Castel (2010) sobre a questão social vinculada ao trabalho e ao salário, o autor ilustra o percurso da sociedade francesa no desenvolvimento da precarização e desfiliação³, que foram acarretadas pelas transformações econômicas, políticas e sociais do séc. XIV ao XIX na França. Em princípio, é destacada a relação entre dominantes-dominados, de forma que os dominados (classe operária) passam por um processo específico de subordinação. Por dentro de tal estrutura de integração social cabe aos dominados: o consumo (de massa), a instrução (primária), o lazer (popular), a habitação (popular), etc. Essa estratificação social, contida em muitos lugares e

³ Castel (2010) considera desfiliação como o processo de desprendimento da vida social. O sujeito foi mais que excluído, ele foi “abandonado” dentro da lógica do Capital. No entanto, é necessário deixar claro que não parte de uma escolha pessoal, pois a desfiliação social foge das determinações individuais.

constituída de diferentes maneiras, faz parte fundante das sociedades ocidentais, edificando a exclusão social e ocupando um lugar em meio a globalização, sendo reconhecidas como sociedades tutelares.

As consequências dessas relações sociais que produzem a exclusão são refletidas nos trabalhos periféricos e residuais dentro de uma sociedade salarial. Esses trabalhos (não desejados, porém determinantes para a sobrevivência dos que são oprimidos) são aqueles com ocupações instáveis, sazonais ou intermitentes. A inserção nestes postos de trabalho não permite nenhuma possibilidade de alternância, de melhoria ou escolha, os trabalhadores/as são engolidos pela precariedade, ou seja, para Castel (2010) vivem entregues à conjuntura. Desta forma, a “precarização do trabalho” teria origem num processo maior de precarização, chamado de “precarização social” fundamentado principalmente na vulnerabilização dos trabalhadores e de seus grupos sociais de pertencimento.

Esse cenário de precariedade instalado na sociedade a partir de capitalismo em sua fase neoliberal é analisado por Walter Oliveira em obra na qual dialoga com os escritos e conferências de Paulo Freire sobre a Pedagogia da Solidariedade:

[...] o espaço da precarização é o espaço das exigências cada vez mais desumanas, da instauração de metas e objetivos cada vez mais vilipendiadores da saúde e da dignidade dos trabalhadores de vários níveis, do operário de fábrica ao gerente de banco, do professor universitário ao empregado das empresas de telecomunicações. (FREIRE; FREIRE; OLIVEIRA, 2014, p. 119)

Imersos nos valores intrínsecos ao capitalismo, os seres humanos são estimulados à competitividade e ao egoísmo. Desse modo, passam tanto a não se reconhecerem enquanto seres humanos (ignorando a divisão de classes sociais) como a se colocarem enquanto adversários uns nos outros. O medo e o interesse material é o que baseia as relações humanas nesse contexto. Os princípios ideológicos por trás dessa face estão conjugados na valorização fundamental do lucro, na competitividade como modo de organização das relações, na Economia como área organizadora das relações sociopolíticas, e principalmente, no enfraquecimento das funções protetoras e reguladoras do Estado. Do ponto de vista do trabalho, são percebidas a destruição das instituições de proteção ao trabalho, como as entidades sindicais, e a exploração máxima da mão de obra (FREIRE; FREIRE; OLIVEIRA, 2014).

A apropriação das análises realizadas por Castel em relação ao trabalho lança luz sobre propósitos desse movimento “precarizador” existente no passado e no presente da história da classe dos oprimidos, onde hoje se encontram tanto profissionais como usuários do SUS, pois como será demonstrado nos resultados da pesquisa em foco “ há, em algum nível, um sofrimento comum ao ser humano como um todo, transcendendo o pertencimento a classes e categorias sociais” (FREIRE; FREIRE; OLIVEIRA, 2014, p. 118).

Sendo assim, para o enfrentamento de tal realidade social, Freire defende a ética da solidariedade enquanto um “partilhar da luta dos que tentam escapar de suas variadas formas de opressão” (FREIRE; FREIRE; OLIVEIRA, 2014, p.123). Busca-se ajudar aquele que necessita, a não necessitar novamente. A prática de solidariedade vem junto a uma ação libertadora, com consciência crítica do mundo e de si mesmo, testemunhando que esses componentes são históricos e permeados de relações (humanas, trabalhistas, burocráticas, sociais, econômicas, políticas).

Conclui-se ao fim dessas pequenas notas que a compreensão ético-crítico-política de educação proposta por Freire, traz a ideia de uma pedagogia da solidariedade como uma possível forma de viver a vida frente à sua precarização: “a solidariedade tem que ser construída em nossos corpos, em nossos comportamentos, em nossas convicções” (FREIRE; FREIRE; OLIVEIRA, 2014, p. 81). Aqui, a ideia não é trazer a solidariedade como solução dos problemas que permeiam a precarização do trabalho e da vida, mas sim como recurso no combate à austeridade imposta como processo desumanizador das relações sociais.

METODOLOGIA

Este artigo discute resultados parciais de um projeto de pesquisa denominado: ‘As práticas intersetoriais do Programa Saúde na Escola (PSE) de Niterói que teve como objetivo geral analisar como o PSE constrói a prática intersetorial da saúde com a educação, sob a ótica dos gestores e profissionais do município. A abordagem utilizada na pesquisa foi a qualitativa (MINAYO, 2010) e o delineamento escolhido para a pesquisa foi o estudo de caso (YIN, 2005).

Em consonância com o que preconiza a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), a pesquisa foi realizada com anuência da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFF, sob o parecer nº 2.517.534 28 de 28/02/2018.

No âmbito metodológico global do projeto de pesquisa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais dos setores de saúde e educação que possuíam experiência com o PSE. Foram coletados dados, também, por meio de observação participante nas escolas e em espaços coletivos de planejamento do PSE (Grupo de Trabalho Intersetorial Municipal e Regionalizado), entrevistas com informantes-chave, registro em diário de campo e outros.

No artigo, foram discutidos especificamente o conjunto de dados coletados junto aos profissionais da saúde, considerando-se o momento histórico, político e organizacional por que passou - e ainda passa - a Atenção Básica de Niterói. O roteiro da entrevista utilizado aprofundou três temas: experiência pessoal e profissional; processo de trabalho e, avaliação e planejamento das ações no PSE. Os critérios de inclusão foram: ser médico(a), enfermeiro(a) ou odontólogo(a) da rede municipal

de saúde de Niterói; compor a equipe de saúde do Programa Médico de Família (PMF); atuar em PMF pactuado com escola classificada como prioritária⁴; ter participado do PSE na escola nos últimos 12 (doze) meses até o momento da entrevista.

A organização e análise das entrevistas seguiram as fases de Análise de Conteúdo propostas por Bardin (1979). Em consonância com o que propõe Minayo (2010), a interpretação dos resultados se deu em dois níveis: o primeiro relacionado ao contexto sócio-histórico, onde é fundamental a captura da conjuntura socioeconômica e política do qual faz parte o grupo social a ser estudado - a história desse grupo e a política que se relaciona com ele. O segundo nível de interpretação, foi efetuado a partir de dados despontados na investigação, por meio das observações e das entrevistas, captando significados e sentidos na análise das instituições e das comunicações individuais.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados seis profissionais de saúde, porém apenas quatro entrevistas foram incluídas, em conformidade com as justificativas encontradas no quadro 1, que apresenta o perfil dos participantes da pesquisa por regional de saúde e onde se destaca o fato do contrato temporário ser o vínculo de trabalho de todos:

Quadro 1. Perfil dos profissionais entrevistados que atuam no PMF.

Regional de saúde*	Cargo	Idade (anos)	Tempo de trabalho na instituição (anos)	Sexo	Segmento da educação	Vínculo de trabalho	Status da entrevista
Praias da Baía I [†]	-	-	-	-	-	-	-
Norte I	Enfermeira	32	4	F	-	Contrato Temporário	Incluída
Norte II	Médico	58	24	M	-	Contrato Temporário	Incluída

⁴Segundo o Departamento de Atenção Básica/MS, Niterói em sua última pactuação (2017/2018), contava com 32 escolas pactuadas (25 municipais e 7 estaduais) classificadas pelo MS como prioritárias e não prioritárias; essas escolas estavam divididas dentro dos polos (nome utilizado pelo setor educação) ou regionais de saúde (nome utilizado pelo setor saúde). No estudo adotou-se o termo regional de saúde, para identificar as escolas pactuadas com o PSE. Segundo o Ministério da Saúde (MS) é considerado escolas prioritárias todas as creches públicas e conveniadas do município; todas as escolas do campo; As escolas com alunos em medida socioeducativas, em 2016; Escolas que tenham, pelo menos, 50% dos alunos matriculados pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

Praias da Baía II	Médica	41	6	F	-	Contrato Temporário	Incluída
Pendotiba	Enfermeira	36	8 meses	F	-	Contrato Temporário	Excluída ²
Leste-Oceânica	Médica	41	10	F	-	Contrato Temporário	Excluída ²
	Médico	43	3	M	-	Contrato Temporário	Incluída
<p>*Referência na pactuação⁵ de 2017/2018 do PSE em Niterói. No momento de elaboração do trabalho as regionais de saúde do município foram modificadas.</p> <p>*A regional havia duas escolas pactuadas, porém nenhuma delas era prioritária.</p> <p>² Excluída por motivo de problemas técnicos com o gravador ou ausência de autorização para gravação.</p>							

Fonte: Próprio autor, 2018.

A partir da transcrição e análise das falas dos participantes foi possível destacar três categorias temáticas: a racionalidade produtivista produzida pela sociedade e reproduzida pelo PMF; a precarização da vida de mulheres; e, a precarização do trabalho no SUS.

A RACIONALIDADE PRODUTIVISTA PRODUZIDA PELA SOCIEDADE E REPRODUZIDA PELO PMF

No Brasil, utiliza-se a designação de Atenção Básica com o objetivo de enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir dos princípios do SUS, nos quais se destacam a universalidade e a integralidade no acesso da atenção à saúde. Dentro do SUS é caracterizada pelo conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder as necessidades individuais e coletivas da população (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008). Suas ações, de acordo com o MS, abrangem desde a promoção até a proteção da saúde, assim como a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Apesar das divergências em relação a utilização do termo “Atenção Básica em Saúde” e “Atenção Primária em Saúde”, será utilizado o

⁵ A pactuação do PSE 2017/2018 foi realizada no município como um todo, abarcando as 6 (seis) regionais de saúde. Inicialmente a proposta foi entrevistar 1 (um) profissional de saúde por regional, totalizando uma amostra de 6 (seis) profissionais, selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo que foram estabelecidos e fundamentados na realidade de Niterói. Após o Processo Seletivo Simplificado Temporário de 2017 na cidade de Niterói, constatou-se que apenas 12 (doze) profissionais (técnicos de enfermagem, médicos, enfermeiras e odontólogos) foram encontrados lotados em seu módulo de PMF originário. No caso do PMF possuir mais de um profissional dentro dos critérios de inclusão, a escolha seria realizada por aquele que tivesse mais experiência com o PSE.

termo Atenção Básica em Saúde em virtude da denominação utilizada na Política Nacional de Atenção Básica.

De acordo com o que foi especificado pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria Ministerial n. 2.488, de 21 de outubro de 2011, está previsto no processo de trabalho das equipes que atuam na AB algumas ações e direcionamentos, como: enxergar o cuidado integral à saúde; realizar ações e propostas em equipe com caráter interdisciplinar; romper com a visão curativa tradicional, ir contra a lógica ambulatorial, entre outras. Nesse sentido, o trabalho territorializado é um pré-requisito para as ações de saúde dos indivíduos e de suas famílias. O trabalho de cuidado em saúde que deve ser realizado nesses espaços da Atenção Básica é aquele onde leva em consideração os aspectos biopsicossociais da população, além disso os determinantes sociais da saúde ocupam um lugar de destaque ao se pensar nas ações de saúde.

Nos módulos do PMF onde foi possível entrevistar profissionais de saúde, observou-se uma tendência no modo de operar a atenção e gestão do processo de trabalho que reforça uma lógica ambulatorial na Atenção Básica, dentro de uma racionalidade produtivista. Uma das queixas dos profissionais da saúde (5S) é a falta de tempo reservado para realizar reuniões, planejamentos e discussões, e a priorização de se atender e se ter um “cliente feliz”, dentro de uma sociedade capitalista, como afirma uma das médicas. A precarização do trabalho é frequente nas falas, com equipes de saúde incompletas e a sobrecarga de trabalho.

Aqui no momento (dentro do PMF), funcionando tem dois (grupos terapêuticos), o de saúde mental a gente deu uma parada por falta médico, só tem eu atendendo aqui. Aí fica um pouco difícil. [...] Era para ter três equipes completas, só tem uma! [...] Assim, a gente não consegue nem desenvolver as atividades do próprio posto, por causa disso... (médico, 6S)

Desafio é você estar disposto a sair da zona de conforto, porque, às vezes, a zona de conforto está no ficar no consultório atendendo. [...] O que que a creche quer? E eu tentar me adequar para ver o que a creche quer e o que eu posso ajudar. Eu acho que o mais complicado é isso, é eu ter tempo de planejar, que é uma coisa que antigamente a gente tinha, e que hoje tá sendo mais difícil. [...] Muito triste, mas, bem vindo ao mundo capitalista, como diz minha chefe 'La CAPETALista'. (médica, 5S)

Você não cria vínculo né, você não tem vínculo (de trabalho), você não tem nada. A gente começou aí com esse vínculo de trabalho dia primeiro de março (de 2018), já saiu um, já saiu dois, já saiu três, já saiu quatro... (médico, 2S)

Estes recortes de fala apresentam o incomodo desses profissionais no PMF de Niterói, por não conseguirem realizar suas atividades, pois estão sobrecarregados em virtude da falta de profissionais. Ao mesmo tempo, são cobrados a priorizar o atendimento dentro do consultório, em uma perspectiva mercadológica de clientelismo. Assim, devido à fragilidade do vínculo de trabalho, constantemente os muitos profissionais rompem seus contratos, o que traz prejuízos tanto no que se

refere à oferta do atendimento, visto que existe uma demora na convocação de novos profissionais como com relação ao desperdício de recursos públicos, já que o que foi investido na capacitação dos mesmos para o trabalho é perdido:

[...] primeiro você tem que montar a equipe para depois você começar a fazer capacitação. Essa é um dos grandes problemas que eu percebi o pessoal comentando na gestão... por que assim quando você monta a equipe e faz a capacitação, a equipe se desfaz. E aí, você acabou de capacitar o profissional e ele sai, aí você tem que fazer tudo de novo. E é exatamente isso que está acontecendo esse ano (de 2018)....(médico, 6S)

Além disso, os danos causados aos usuários/as com o rompimento do vínculo entre profissional e população e a descontinuidade da assistência são consequências graves confirmadas na literatura, fugindo do que se espera de um sistema universal de saúde (LOURENÇO et al., 2009; TAVEIRA; SOUZA; MACHADO; 2012). A Clínica Ampliada é uma diretriz da Política Nacional de Humanização do SUS onde se propõe que as equipes de saúde escutem e acolham de maneira única e singular o usuário que busca os equipamentos de saúde, visando aumentar a autonomia do usuário, da família e da comunidade por meio do vínculo. Nessa ampliação da clínica a história de quem está sendo cuidado e a compreensão que o mesmo tem de sua doença é levado em consideração do diagnóstico ao tratamento dentro do processo de adoecimento (CAMPOS, 2003). Portanto, com a descontinuidade dos serviços esse trabalho fica cada vez mais robotizado e desumanizado, ocasionando dificuldades para o usuário de se inserir ativamente no direcionamento de seu tratamento de saúde. A compreensão de co-responsabilizar o cuidado em saúde junto com o paciente, que se aproxima da diretriz da Clínica Ampliada, aparece em uma das entrevistas (5S) dos participantes. Porém, devido a precarização cada vez mais tal objetivo fica distante da realidade.

No contexto do sistema universal de saúde e da crescente onda de privatizações no Brasil e na América Latina, Giovanella et al. (2018) produziram um estudo que explora os pressupostos e as estratégias relacionados à proposta de sistema universal de saúde em comparação a outros, como a cobertura universal em saúde (Universal Health Coverage-UHC). Foram constatados aspectos contraditórios nos modelos de expansão de cobertura por meio de seguros, com resultados de segmentação, seletividade, focalização e cristalização de desigualdades que ferem o direito universal à saúde.

No Brasil, existe um movimento que defende arranjos de seguros – sociais, privados e subsidiados – defendendo a cobertura universal de saúde, o que é uma tentativa de remodelamento do SUS. Algumas características do UHC foram percebidas nas entrevistas, principalmente na fala de uma das médicas do PMF, as quais estão resumidas no quadro 2, um recorte do estudo citado e apresentado a seguir:

Quadro 2. Resumo das características dos modelos de cobertura universal de saúde (UHC) e sistema universal de saúde

CARACTERÍSTICA	UHC	SISTEMA UNIVERSAL
Concepção de saúde	Saúde como mercadoria	Saúde como direito universal
Elegibilidade/Titularidade	Acesso segmentado, conforme filiação a algum seguro (privado ou público)	Acesso universal como condição de cidadania
Desenho do sistema de serviços	Serviços fragmentados, sem territorialização	Serviços organizados em rede, territorializados, orientados pela APS
Cesta de serviços	Restritas (pacotes básicos/mínimos) Explícita	Abrangente (atenção integral) Implícita
Determinantes sociais de saúde (DSS)	Não contempla abordagem DSS Possibilidade de ação intersetorial restrita	Contempla abordagem DSS Possibilidade de ação intersetorial facilitada
Cidadão	Consumidor/objeto	Protagonista/sujeito

Fonte: Adaptado de Giovanella et al., 2018 (**grifo nosso**).

O cidadão enquanto consumidor/objeto já é uma realidade percebida pelos profissionais do PMF, visto que os mesmos são cobrados pela sua produtividade nos serviços de saúde do SUS, o que aponta uma contradição presente dentro de um sistema público e universal de saúde:

A impressão que eu tenho parece que existe uma importância muito maior em se atingir o atendimento em números, entendeu? Em quantidade, do que em qualidade. Onde os dois deveriam estar atrelados. Então assim, parece ser muito mais interessante, eu fechar aqui um turno de atendimento médico, atender a demanda, os pacientes. Do que fechar o turno e fazer uma atividade de grupo, de prevenção. (médico, 6S)

A abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) e a ação intersetorial são características que funcionam como princípios dentro do PSE. Conforme, apontado no quadro 2, no UHC essas características não estão garantidas, lá não estão como fortalezas como se apresenta no Sistema Universal. Nessa lógica e após analisar as falas dos participantes da pesquisa verifica-se uma mistura

de características de ambos os sistemas (UHC e Universal) na realidade do PMF, sendo necessário, portanto, defender o SUS enquanto um sistema universal de saúde e garantir todas as características deste sistema, principalmente em relação ao financiamento como um dos papéis do Estado.

Curiosamente, apesar de toda a problemática dos vínculos empregatícios, as equipes incompletas, a sobrecarga de trabalho e escassez de recursos na AB boa parte dos profissionais da saúde entrevistados ainda referem que a meta da AB é resolver até 80% dos problemas dos pacientes. Isso pode ser visto tanto como uma atitude de engajamento dos profissionais para enfrentar as condições não favoráveis para atingir esse objetivo, como a simples reprodução de um discurso hegemônico, sem uma reflexão sobre as políticas públicas e o investimento para que isso realmente funcione.

[...] A ideia é estar atendendo e resolvendo até 80% dos problemas dos pacientes, e aquelas situações que requerem um pouco mais de cuidado a gente encaminha pro especialista, quando há necessidade a gente identifica isso e encaminha, o médico de família aqui, ele é o coordenador do cuidado[...] o paciente mesmo sendo encaminhado para o especialista ele não deixa de ser atendido aqui. (médico, 6S)

[...] A ideia da gente é que 80% seja resolvido por aqui! A gente tenta ao máximo evitar que ele precise ir para uma emergência, mas também a demanda é muito grande (médica, 5S)

O estudo de Vieira et al. (2014), que tratou de identificar a percepção dos enfermeiros das Unidades Básicas de Saúde sobre sua atuação na avaliação para excesso de peso em adolescentes nas escolas, coloca que a ausência de serviços de AB inviabilizava o trabalho desses profissionais que realizavam intervenções com esse público. Além disso, a sobrecarga de trabalho e a falta de articulação com as escolas também foram identificadas como um empecilho.

A precariedade do trabalho no SUS, segundo Junqueira et al. (2010) é um tipo de desproteção sócio-legal e está implicada na noção de precariedade do trabalho, sempre associada a aspectos excludentes do processo de desenvolvimento econômico. Nesse sentido, o desenvolvimento econômico exerce forte influência sobre as condições individuais e coletivas da vida e do trabalho, levando os usuários/as ao adoecimento e ao profissional uma visão reducionista do trabalho em saúde enquanto mercadoria. Cada vez mais, dentro dessa lógica, são excluídos momentos de planejamento, discussão e construção coletiva.

As pessoas acham que o importante é você atender, atender, atender, atender, enxugar gelo. As pessoas não conseguem entender, e eu não sei te dizer quem são essas pessoas, vem de cima, vem de baixo, vem dos lados, eu sendo atropelada. A gente não tem esse tempo de falar assim: Vamos fazer uma reunião do planejamento, vamos discutir? Não tem! [...]Hoje em dia a gente tem cada vez menos isso! Isso é muito triste! Não sei se a gente vai ter que brigar, lutar, mas assim, cada vez a gente vê que isso tem menos importância. A sensação que eu tenho é essa, eles querem que o posto não feche, que não tenha reclamação, que ninguém vai para a mídia, que não saia no Facebook, e você tem que atender: o cliente feliz. (médica, 5S)

Seffner et al (2016) ao analisar a trajetória histórica de resposta à aids no Brasil, pontua que não é suficiente para dar conta de um problema de saúde a oferta de medicação, tratamento e exames, pois é preciso pensar na precariedade da vida e na conduta por mais práticas de solidariedade. Na fala da médica, acima apresentada, verifica-se que a pressão que a mesma sofre (por todos os lados) está no âmbito da quantidade de usuários/as que necessitam ser atendidos, com a prática médica voltada para a doença e com as ações com planejamentos insuficientes. Visto isso, a implicação com a área da saúde está no âmbito político, não é a medicalização da vida, nem os avanços farmacêuticos e tecnológicos que irão fazer de uma pessoa que está em sofrimento e adoecida menos vulnerável. A complexidade da vida está explicitada quando se observa os DSS e as vulnerabilidades que a população brasileira enfrenta cotidianamente em seus lares. A negação dessa perspectiva leva a uma concepção de saúde já ultrapassada, dentro de um modelo biomédico que nunca conseguiu mudar as condições de saúde (ampliada) da população.

A PRECARIZAÇÃO DA VIDA DE MULHERES

As vulnerabilidades sociais interferem na condição de saúde das famílias acompanhadas pelo PMF, conforme foi possível identificar na pesquisa. Durante a coleta de dados foi percebido o impacto que a Intervenção Militar do Rio de Janeiro possuía nos territórios vulnerabilizados. Por diversas vezes o clima de medo estava presente no rosto dos usuários/as, profissionais, comerciantes e pessoas que circulavam pelos territórios; além disso, os serviços de saúde, escolas e comércios eram orientados a fecharem suas portas devido ao risco de confronto. Uma médica (5S) que atua em um território periférico aponta que tem observado o impacto da violência na vida dos moradores da comunidade.

De dezembro pra cá, tivemos uma mudança no impacto da violência. E a gente percebeu isso porque os pacientes estão mais estressados, isso tudo reflete no comportamento, na pressão, na glicemia, no comportamento [...] a questão do sono, então a gente está sempre muito atento. Para mim tudo isso é saúde, então eu já trabalho nessa lógica, não da doença e sim na lógica da saúde. (médica, 5S)

Nota-se que, em geral, os efeitos das condições precárias de trabalho existentes na sociedade capitalista são percebidos entre os profissionais do PMF e as famílias usuárias do serviço, atingindo de maneira mais intensa os mais pobres e vulneráveis que necessitam vender sua força de trabalho

para obter sua subsistência:

[...] aquelas mães que ficavam em casa cuidando dos filhos ou cuidando da família. Não existe mais esse perfil! Então a gente está tendo muita dificuldade nas atividades de grupo, porque essas mães, agora, estão trabalhando. E aqui [...] não é um trabalho com carteira assinada [...] A gente não consegue mesmo oferecendo atrativo, sorteio, comida, cada hora a gente acaba apelando para alguma coisa. [...]. São raras as mães que agora que ficam em casa cuidando dos filhos ou da comida ou cuidando da família. [...] A situação está muito difícil, aqui às vezes [...] fica difícil, aí que elas começam a trabalhar, vender coisas para fora, é bem complicado! (médica, 5S)

O perfil de mulheres associado à função do cuidado situa-se dentro da lógica do capitalismo e da opressão do gênero feminino na história. As opressões contra o gênero feminino antecedem o capitalismo, porém com sua ascensão essas opressões ganham uma nova expressão. Biondi (2017) utiliza-se da abordagem de Roswitha Scholz como referência para investigar a “anatomia econômica” da sociedade capitalista. Para a autora, a forma capitalista de riqueza pressupõe uma dissociação entre uma esfera produtiva/pública e uma esfera reprodutiva/privada, o que leva ao confinamento doméstico da mulher e à opressão contra ela. A esfera privada é ocupada por um ideal de “feminino” (família, sexualidade etc.), ao passo que a esfera pública (trabalho, Estado, política, ciência etc.) é “masculina”. A produção doméstica da mulher foi substituída pelo trabalho doméstico, e quando sai dessa esfera ela encontra desnível de remuneração e dificuldades de ascensão profissional. O conjunto de características que foram atribuídas às mulheres, construídas socialmente, estão em torno da maternidade e da função de esposa, assim como de uma imagem afetiva e emocional.

Macêdo (2001) retrata em seu estudo as trajetórias e os contextos de mulheres chefes de família em Salvador. A autora afirma a importância de serem considerados os recortes de classe, raça e geração, os quais influenciam na construção de trajetórias e experiências dessas mulheres. Existe uma pluralidade desse fenômeno das “mulheres chefes de família”, que vão desde a clássica viuvez, passando pelo crescente grupo das separadas e solteiras, e por fim, o grupo mais recente, o das casadas. Ao serem entrevistadas, um grande número de mulheres relatam expectativas em relação a seus filhos e filhas, tendo como meta a formação e a inserção favorável dos mesmos no mercado de trabalho, além do esperado sucesso na aquisição de suas próprias famílias. Desse modo, a realidade relatada pela médica do PMF, é cada vez mais comum nos dias de hoje, sendo que em áreas mais vulneráveis isso só aumenta. Essa situação não significa que essas mulheres, que são também mães, não se preocupem com seus filhos e não cuidem deles, pelo contrário, necessitam vender sua força de trabalho, muitas vezes precarizado e com baixa remuneração, para sustentar suas expectativas em relação ao futuro de seus filhos.

A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO SUS

No campo da saúde pública existe um movimento perverso configurado por um projeto de privatização da saúde, que de modo inevitável passa pela precarização do trabalho em saúde. Considerando que no Brasil esse movimento começa com o pressuposto de uma formulação onde o desejo pelo “Estado Mínimo” visa um “Mercado Máximo”. Um exemplo, dessa (re)formulação do Estado vem com as Organizações Sociais (OS) não só no Rio de Janeiro, mas também no Brasil com um todo. A OS trouxe uma tendência crescente de repasse da gestão e do fundo público para o setor privado. Essa reforma gerencial foi e continua sendo defendida por uma suposta maior eficiência do Estado, que falhou ao não conseguir resolver os problemas da má gestão pública. Desse modo, as OS capturam os recursos públicos e se utilizam da flexibilização de vínculos, conseqüentemente, causando a precarização do trabalho em saúde (Correia e Santos, 2015). No município de Niterói esse modelo de gestão (ainda) não chegou, porém nos municípios vizinhos isso já é uma realidade.

A história do PMF possui sua importância: primeiro pelo pioneirismo quando se trata de Atenção Básica em Saúde no Brasil; segundo, devido à implementação dos módulos do PMF em territórios muito periféricos, onde a população não tinha acesso aos serviços de saúde. Com o passar do tempo e a consolidação do Programa Saúde da Família, que, posteriormente, deixou de ser um programa do MS para ser a Estratégia Saúde da Família (ESF), a organização do trabalho no PMF foi se assemelhando à da ESF, até mesmo por uma questão de repasse de recursos do Ministério da Saúde. A equipe de saúde foi alterada, em uma configuração mais condizente com as necessidades da população, conforme o relato de um dos profissionais entrevistados que está no PMF desde os primeiros anos de implementação e permaneceu após o Processo Seletivo Simplificado Temporário de 2017:

O que acontece, quando começou o programa, nós éramos uma equipe de dois profissionais, o médico e uma técnica de enfermagem [...] Então se passou a ter agente de saúde, passou a ter o enfermeiro, então cada equipe passou a ter agente de saúde, enfermeiro, e isso aumentou... A gente teve um aumento de área adscrita, então aumentou a quantidade de famílias e a quantidade de pessoas, hoje a gente está atendendo por volta de 2.000 pessoas por cada setor. (médico, 2S)

Por outro lado, a urgência por operacionalizar tal ampliação para se garantir o modelo assistencial da ESF tem sido apontada como principal responsável pela “expansão da precarização do trabalho nos serviços públicos de saúde” (MACHADO; KOSTER, 2011, p. 199), a partir de formatos atípicos de vinculação baseadas na flexibilização.

Nesse sentido, o Brasil ainda parece possuir uma realidade de recursos humanos no SUS baseada na vinculação autônoma dos profissionais ou de contratos temporários (EBERHARDT; CARVALHO; MUROFUSE, 2015). A realidade de Niterói, de acordo com os dados da pesquisa não foi diferente de outras realidades, onde o concurso público continua não sendo prioridade no município, já que

nunca houve um concurso público para a Atenção Básica em Saúde, e somente em 2017 foi realizado um processo seletivo público temporário.

Se como visto no depoimento mais acima, as mudanças na configuração do processo de trabalho com o aumento da equipe e do número de usuários/as foram percebidas, também as mudanças nos contextos social e econômico da população atendida com o passar do tempo (1994-2018), foram observadas e impactam o trabalho em saúde no SUS:

E agora, parece que, com esses anos de crise no país, fez com que as pessoas perdessem seus empregos, perdessem seus planos de saúde, e voltar tudo para o SUS e isso foi uma sobrecarga bastante grande, né, então é um trabalho bastante cansativo, desgastante, às vezes estressante, mas que a gente, mas eu ainda consigo dar conta, depois de tanto tempo não tem não deixar de dar conta. (médico, 2S)

Conforme denominada por Castel (2010), esta seria uma situação de vulnerabilidade de massa, onde o contexto social, tomado pelo aumento do desemprego e a crise econômica, afeta a vida dos trabalhadores/as e dos usuários/as do sistema de saúde. A vulnerabilidade social provocou um desconforto para o profissional dentro de seu processo de trabalho, que se relaciona diretamente com a condição de saúde da população atendida pelos serviços públicos de saúde. A regra do mercado nesse contexto busca o lucro mesmo dentro dos serviços públicos de saúde, com a exploração máxima de seus “colaboradores/funcionários” e sem elevar os custos (termo utilizado pela mídia, economistas e governo) desse setor, sem levar em consideração as condições de trabalho dos profissionais, nem mesmo a precarização da vida que se apresenta nesse cenário.

Porém, a reformulação dos vínculos de trabalho dos profissionais da saúde não resolve todos os problemas encontrados, não se deve simplificar a crise na qual a saúde está passando. A violência, por exemplo, foi um fator importante na dificuldade do trabalho na Atenção Básica, ilustrado pelos entrevistados que não se resolve com o surgimento de vínculos estatutários. Esse problema só pode ser solucionado caso a gestão pense em propostas de forma intersetorial, atuando frente ao combate das vulnerabilidades sociais, do desemprego, da corrupção e investindo nos espaços de Educação. Esse foi apenas um exemplo, porém vários outros poderiam ser citados. O estudo apenas aponta que o problema dos vínculos precários, somente potencializa ainda mais um trabalho que já é precarizado e que permeia a vida desses profissionais.

Além disso, somente com a participação da comunidade nas decisões dos serviços que haverá uma integração entre os profissionais, os equipamentos de saúde e o bairro. Desse modo, a solidariedade que Paulo Freire defende estará nos corpos e no modo de viver das pessoas que ocupam o território daquele PMF ou qualquer outro serviço público.

Obviamente, que o objetivo e as ações voltadas às práticas intersetoriais, como é o caso do PSE fica

prejudicada, justamente pelos fatores que os entrevistados expuseram durante as entrevistas, ou seja, a contribuição para a formação integral dos estudantes da rede pública da educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde fica extremamente deficitária. Visto isso, com a potencialização desta precarização sentida em Niterói essas articulações entre os diferentes setores são prejudicadas, em detrimento da priorização de atendimentos ambulatoriais pelo PMF e de ações pontuais de saúde (sem finalidade pedagógica) dentro das escolas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências dos profissionais de saúde do PMF, atuantes no PSE, foram valiosas para observar as tensões da precarização do trabalho desses trabalhadores/as em Niterói. Por meio das falas percebe-se a vulnerabilização da vida dos usuários/as do SUS, com maior ênfase nas mulheres, e de modo diferente isso também é percebido quando analisamos a vida dos profissionais que atuam em zonas de risco. Os resultados dados encontrados produziram uma reflexão sobre esses aspectos em âmbito individual e coletivo, de modo que emergiram pontos direcionados aos trabalhadores/as do PMF e às trabalhadoras que são as usuárias do SUS.

A saúde enquanto mercadoria, o cidadão enquanto consumidor/objeto foram características expostas pelos profissionais submetidos a uma lógica produtivista. Assim, a territorialidade, um conceito muito presente no PMF, está sendo cada vez menos fortalecido. No entanto, os trabalhadores/as da saúde ainda acreditam na força da consolidação das parcerias para efetivar o cuidado integral à saúde. Nesse sentido, é preciso enfrentar os problemas do cotidiano do trabalho por meio da solidariedade, principalmente a falta de recursos e a precarização dos vínculos, para que isso seja convertido em um ato de resistência.

A lógica do capitalismo e da opressão do gênero feminino foi um importante exemplo percebido na pesquisa em relação às usuárias do PMF, revelando a precarização da vida na nossa sociedade. Mulheres pobres e periféricas são frequentemente cobradas por cuidar de sua casa e de sua família, porém a impossibilidade de cuidarem de sua própria saúde em virtude de suas condições de vida e trabalho, que não as permitem viver com seus direitos básicos preservados acaba sendo invisibilizada ou mesmo naturalizada.

As indagações e reflexões da pesquisa possibilitaram vislumbrar um horizonte difícil a partir da realidade de Niterói para a consolidação das práticas intersetoriais de saúde na escola e alcance dos objetivos esperados para o programa. Diante do que foi exposto, faz-se urgente que as condições de trabalho dos profissionais de saúde do PMF em Niterói possam ganhar, por meio de um concurso público, em estabilidade e regularização dos vínculos, pois, caso contrário, os maiores prejudicados serão os usuários/as do SUS que perdem a vinculação com os profissionais e a continuidade de um trabalho assistencial já construído. No âmbito da produção do conhecimento, o PSE produz muito ao

pensar e executar práticas intersetoriais com profissionais de dois setores diferentes, assim é preciso fortalecer essa rede de relações interpessoais, com princípios emancipatórios permeados pela solidariedade, principalmente porque esse trabalho é prometido as crianças e aos adolescentes de escolas públicas. Aos profissionais deve-se resgatar o desejo da participação popular dentro dos serviços, visando fortalece-los contra os ataques que chegam a todo momento nesses tempos de austeridade.

As limitações do estudo estão presentes. Não foi possível escutar toda a equipe de saúde nos módulos dos PMFs que participaram da pesquisa, uma vez que somente profissionais de ensino superior foram incluídos em função do perfil exigido para o desenvolvimento das ações do PSE. Desse modo, ficaram de fora aqueles que ocupam cargos de nível técnico ou médio, como as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), categoria majoritariamente feminina que sofre mais intensa e frequentemente a precarização do trabalho e as desigualdades de gênero. Porém, a partir desta e de outras limitações, ficam fortemente sugeridas a realização de outras pesquisas que possam ampliar o debate sobre o problema da precarização do trabalho e da vida, assim como acompanhar mais de perto os momentos pelos quais passam a AB de Niterói e a nova Política Nacional de Atenção Básica em cenários extremamente preocupantes, que operam cada vez mais sob a lógica do desmonte de um Sistema Universal de Saúde e da não garantia constitucional da saúde como direito.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BIONDI, Pablo. Sexualidade e disciplina do trabalho na ordem social burguesa. **Cadernos CEMARX**, n. 10, p. 131-149, 2017. Disponível em <<https://www.ifch.unicamp.br/ojs/index.php/cemarx/article/view/2942/2229>>. Acesso em: 17 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 466**, de 2012. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 12 de dezembro de 2012.

CAMPOS, Gastão W. de S. A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos, Gastão W. S. (Org). **Saúde Paidéia**. SP: Hucitec, 2003.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 9 ed., 2010.

CECILIO, Luiz C. de O.; LACAZ, Francisco A. de C. Introdução. In: CECILIO, Luiz C. de O. (Org.). **O trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012, p. 7-23.

EBERHARDT, Leonardo D.; et al. Vínculos de trabalho no setor saúde: o cenário da precarização na macrorregião Oeste do Paraná. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 18-29, Mar. 2015.

Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000100018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Fev. 2019.

CORREIA, Maria V. C.; SANTOS, Viviane M. Privatização da saúde via novos modelos de gestão: organizações sociais (OSS) em questão. In: BRAVO, Maria Inês S.; ANDREAZZI, Maria de F. S.; MENEZES, Juliana S. B. de; LIMA, Joseane B. de; SOUZA, Rodriane de. O. **A mercantilização da saúde em debate: as Organizações Sociais no Rio de Janeiro**. 1 ed. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2015, p. 33-41.

FALER, Camila S. (Org.). **Intersetorialidade: um conceito em construção**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2016.

FARIAS, Isabelle C. V. de; et al. A. Análise da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola. **Rev. bras. educ. med.** [online] Rio de Janeiro, v.40, n.2, p. 261-267, jun 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022016000200261&lng=en&nrm=iso> Acesso em 30 de agosto de 2018.

FREIRE, P.; FREIRE, Nita. M. A.; OLIVEIRA, Walter. F. **Pedagogia da Solidariedade**. 1º Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2014.

GIOVANELLA, Ligia. et al. . Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 6, p. 1763-1776, June 2018 Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000601763&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05562018>.

GIOVANELLA, Ligia; MENDONÇA, Maria H.M.de. Atenção Primária à saúde. GIOVANELLA, Ligia et al. (orgs). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

HUBNER, Luiz C. M.; FRANCO, Tulio. B. O programa médico de família de Niterói como estratégia de implementação de um modelo de atenção que contemple os princípios e diretrizes do SUS. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 173-191, Abril, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 dezembro. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100010>.

JUNQUEIRA, Túlio da S. et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 918-928, Mai, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Fev. 2019.

LOURENÇO, Eloisio C. et al. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14 (Supl.1), p.1367-1377, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 dez. 2009.

MACÊDO, Márcia dos S. Tecendo o fio e segurando as pontas: mulheres chefes de família em Salvador. In: BRUSCHINI, Cristina; PINTO, Celi. R. (Orgs.). **Tempos e lugares de gênero**. São Paulo: Editora 34, 2001. p. 53-84.

MACHADO, Maria H.; KOSTER, Isabella. Emprego e trabalho em saúde no Brasil: as políticas de desprecarização do sistema único de saúde. In: ASSUNÇÃO, Ada. A.; BRITO, Jussara C. **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro:

Fiocruz, 2011.

MEDEIROS, Eliabe R. de et al. Facilidades e dificuldades na implantação do Programa Saúde na Escola em um município do nordeste do Brasil. **Rev Cuid**, Bucaramanga , v. 9, n. 2, p. 2127-2134, Ago. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-13009732018000202127&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 24 Dez. 2018.

MINAYO, Maria. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

SEFFNER, Fernando; PARKER, Richard. Desperdício da experiência e precarização da vida: momento político contemporâneo da resposta brasileira à aids. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 20, n. 57, p. 293-304, Jun 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832016000200293&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Feb. 2019. Epub Feb 16, 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0459>.

TAVEIRA, Zaira. Z.; et al. Precarização dos vínculos de trabalho na Estratégia Saúde da Família: revisão de literatura. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 102-110, maio 2012.

VIEIRA, Caroline E. N. K.; et al. Atuação dos enfermeiros de unidades básicas de saúde direcionada aos adolescentes com excesso de peso nas escolas. **REME Rev. Min. Enferm.**, v. 18, n. 3, p. 630-636, jul/set 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/951> > Acesso em 30 de agosto de 2017.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Trad Daniel Grassi, 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.