

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB  
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

**Daniela Marcia Neri Sampaio**

**Memórias de enfermeiras da estratégia saúde da família sobre a  
precarização do trabalho em saúde nos anos 2000 a 2009**

Vitória da Conquista  
Fevereiro de 2016

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB  
Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade

**Daniela Marcia Neri Sampaio**

**Memórias de enfermeiras da estratégia saúde da família sobre a  
precarização do trabalho em saúde nos anos 2000 a 2009**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Memória: Linguagem e Sociedade, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito parcial e obrigatório para obtenção do título de Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade.

Área de Concentração: Multidisciplinaridade da Memória.

Linha de Pesquisa: Memória, Cultura e Educação.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Elizabeth Santos Alves.

Vitória da Conquista  
Fevereiro de 2017

S181 Sampaio, Daniela Márcia Neri.

Memórias de enfermeiras da estratégia saúde da família sobre a precarização do trabalho em saúde nos anos em 2000 a 2009./ Orientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Elizabeth Santos Alves. Vitória da Conquista, 2017.  
144f.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Memória: Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB, 2017.

1.Memória - 2 Enfermeira - 3 Trabalho em saúde 4 .Saúde da família - 5 Precarização do trabalho I. ALVES, Ana Elizabeth Santos II. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia III. Título.

CDD - 362.173

Jandira de Souza Leal Rangel - CRB 5/1056. Bibliotecária - UESB - Jequié

Título em Inglês: Memories of nurses of the Family Health Strategy about precarization of health work in the years 2000 to 2009.

Palavras-chaves em Inglês: Memory, Nurse, Health work, Family Health Strategy, Precarious work.

Área de concentração: Multidisciplinaridade da Memória

Titulação: Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade.

Banca Examinadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Elizabeth Santos Alves (Orientadora), Prof. Dr. Felipe Eduardo Ferreira Marta (titular), Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tânia Rocha Andrade Cunha (titular), Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tania Maria de Araújo (titular), Prof. Dr. José Patrício Bispo Júnior (titular).

Data da Defesa: 10 de fevereiro de 2017

Programa de Pós-Graduação: Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Daniela Márcia Neri Sampaio

**Memórias de enfermeiras da estratégia saúde da família sobre a precarização do trabalho em saúde nos anos de 2000 a 2009**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Doutora em Memória: Linguagem e Sociedade.

Data da aprovação: 10 de fevereiro de 2017.

**Banca Examinadora:**

Profª. Drª. Ana Elizabeth Santos Alves (Presidente)  
Instituição: UESB

Ass.: 

Prof. Dr. Felipe Eduardo Ferreira Marta  
Instituição: UESB

Ass.: 

Profa. Dra. Tânia Rocha de Andrade Cunha  
Instituição: UESB

Ass.: 

Profª. Drª. Tânia Maria de Araújo  
Instituição: UEFS

Ass.: 

Prof. Dr. José Patrício Bispo Júnior  
Instituição: UFBA

Ass.: 

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho às enfermeiras que, mesmo diante de toda (a)diversidade que compõem o mundo do trabalho em saúde, conseguem manter o compromisso e a responsabilidade que todo trabalhador social deve ter.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS, que me concede a VIDA, ilumina com sabedoria os meus passos e proporciona mais essa grandiosa experiência, que comporá minhas memórias.

Agradeço a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB, através do Programa de Pós-graduação Memória: Linguagem e Sociedade, que tornou possível minha formação em nível de Doutorado.

Agradeço as docentes, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Livia Diana Magalhães e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria da Conceição Fonseca Silva, pelo valioso desempenho na coordenação do referido Programa.

Agradeço a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Ana Elizabeth Santos Alves, minha orientadora, pelos ensinamentos, compreensão, paciência e atenção que possibilitaram a realização deste trabalho. Muito obrigada!

Agradeço as Enfermeiras, que com sua valiosa colaboração contribuíram para a realização deste estudo.

Agradeço aos docentes das disciplinas, que nos enriqueceram e nos auxiliaram na construção do conhecimento.

Agradeço aos funcionários do Programa, na figura de Andreia e Vilma, pelo apoio e atenção.

Agradeço aos colegas de turma, que fizeram dessa jornada uma valiosa aventura.

Agradeço as colegas Mirian Cléa Coelho Almeida e Priscila d'Almeida Ferreira, pela grandiosa amizade construída.

Agradeço ao prof.<sup>o</sup> Dr. José Maximiliano Henríquez Sandoval (in memoriam), por proporcionar a construção de memórias que permanecem vivas dentro de nós. Muito obrigada!

Agradeço a prof.<sup>a</sup> Joseane Silva Santos Jardim pela disponibilidade e competência para a realizar a revisão linguística do nosso trabalho. Muito obrigada!

Agradeço a minha mãe, Joselita, por ser exemplo de mulher lutadora, batalhadora e conquistadora. Por se fazer presente em minha vida estimulando e encorajando os meus passos, obrigada minha mãe por seu exemplo de vida.

Agradeço aos meus filhos, Davi, Dan e Ravi, sinônimos de Amor, Alegria, Carinho, e tudo de maravilhoso que a Vida pode me presentear. Souberam entender a importância desse momento para todos nós. Amo imensamente vocês.

Agradeço ao meu esposo Natanael Júnior, por ser a minha estrela brilhante, pelo seu amor, por estar sempre ao meu lado e por colocar flores no meu caminhar. Amo intensamente você.

Agradeço a minha sogra, Margarida, pelo amor, carinho e incentivo sempre pronto e que enriqueceu muito mais essa caminhada.

Agradeço a família Gouveia Silva, por acolher-me e transformar o seu lar em nosso. Muitíssimo obrigada!

Agradeço as amigas Aline Vieira, Vivian Mara e Vilara Pires pelo estimadíssimo apoio e incentivo nessa caminhada. Obrigada Amigas!

Agradeço aos meus amigos e amigas que souberam entender as ausências mesmo estando presente, que me acolheram amorosamente e fizeram essa experiência ser muito mais preciosa. Vocês são partes dessa história!

Agradeço aos meus irmãos, cunhados, sobrinhos que trouxeram para essa aventura perfeitos momentos de alegria.

Enfim, minha eterna gratidão a todos que contribuíram para esta concretização.

[...]

E aprendi que se depende sempre  
De tanta, muita, diferente gente.  
Toda pessoa sempre é as marcas  
Das lições diárias de outras tantas pessoas.

E é tão bonito quando a gente entende  
Que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá,  
E é tão bonito quando a gente sente  
Que nunca está sozinho por mais que pense estar.

É tão bonito quando a gente pisa firme  
Nessas linhas que estão nas palmas de nossas mãos.  
É tão bonito quando a gente vai à vida  
Nos caminhos onde bate, bem mais forte o coração.

(Gonzaguinha - Caminhos do Coração)



## RESUMO

A tese estuda o tema do trabalho em saúde desenvolvido pelas(os) enfermeiras(os) da Estratégia Saúde da Família de um município do interior do Estado da Bahia, no contexto da precarização do trabalho, evidenciando seus conflitos e contradições. O objetivo geral perpassa por analisar as memórias dessas(os) enfermeiras(os) sobre a profissão, o trabalho em saúde e a precarização do trabalho, e como essas memórias se apresentam diante da análise crítica da realidade objetiva sobre o processo de precarização do trabalho ao desenvolverem suas práticas profissionais. Como objetivos específicos pode-se elencar: conhecer as memórias das(os) enfermeiras(os) da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a profissão, o trabalho em saúde e a precarização do trabalho, e como essas profissionais estabelecem a inter-relação entre essas memórias ao implementarem o seu trabalho em saúde; entender como se configurou a precarização do trabalho, principalmente, no que tange ao processo de flexibilização, as condições de trabalho, os rendimentos e o processo de Educação permanente; identificar as possíveis implicações que a precarização do trabalho acarretou na vida dessas enfermeiras; e conhecer como elas lidam com o processo da precarização do trabalho ao desenvolverem o seu trabalho em saúde. Foi desenvolvido um estudo de abordagem qualitativa, numa perspectiva crítica e reflexiva no campo da memória articulado com o conceito de pseudoconcreticidade de Kosik (1976; 2002). Os sujeitos da pesquisa foram 06 enfermeiras que atuaram na ESF no período de 2000 a 2009. Utilizamos a entrevista em profundidade e a análise documental como técnicas de coleta de dados, e análise de conteúdo de Bardin (2009) como técnica de análise. Foram respeitados os aspectos éticos da pesquisa, cujo parecer favorável possui número 1.067.808/2015 emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. As narrativas possibilitaram a construção de três grandes eixos temáticos assim intitulados: “A Arte de Cuidar”: memórias sobre a enfermagem; Políticas de Saúde e a enfermagem no Brasil: entre histórias e memórias; e Memórias de enfermeiras sobre a Precarização do trabalho no contexto da Reestruturação Produtiva. Foi possível inferir que as memórias se encontram petrificadas, e se apresentam numa conjuntura pseudoconcreta do real. Por meio dessas memórias foi possível inferir também que as enfermeiras não estão adaptadas às novas exigências do mercado presentes na era do capitalismo flexível. Esse fato propicia implicações para a organização do trabalho, o processo de trabalho em saúde e a saúde dessas trabalhadoras, que em algumas situações desenvolvem o que Dejours (2007) denomina de normalidade sofrente. Assim sendo, ratificamos a tese de que as memórias sobre a profissão, o trabalho em saúde e a precarização do trabalho influenciam diretamente na forma como as enfermeiras compreendem as contradições existentes entre o trabalho em saúde e a precarização do trabalho e, conseqüentemente, compromete sua análise crítica da realidade objetiva ao desenvolverem suas práticas profissionais na ESF.

**Palavras-Chaves:** Memória. Enfermeira. Trabalho em saúde. Estratégia Saúde da Família. Precarização do trabalho.

## ABSTRACT

This study with have of the theme the health work developed by nurses of the Family Health Strategy in the context of precarious work, highlighting its conflicts and contradictions. The overall objective was analyze the memories of these nurses about the profession, work in health and precarious work, and how these memories are present on the critical analysis of objective reality on the process of precarious work in your professional practice. The specific objectives was: known the memories of nurses of the Family Health Strategy (FHS) on the profession, work in health and precarious work, and how these professionals establish the interrelationship between those memories to implement its health work; understand how was the precariousness of work of these nurses, especially about the flexible of work, working conditions, income and the process of Continuing Education; identify the possible implications that the precariousness of work led to the lives of these nurses, and know how nurses dealing with the precariousness of the process of labor to develop their health work. A study of qualitative approach developed with a critical and reflective perspective within the theme of memory and of the concept of pseudoconcreteness of Kosik (1976; 2002). Our empirical field was a Bahia municipality, whose subjects were 06 nurses who worked in the FHS from 2000 to 2009. We used in-depth interviews and document analysis as data collection technique, and Bardin content analysis as an analytical technique. The ethical aspects of the research were respected, whose assent has number 1067808/2015 issued by the Ethics Committee of the State University of Southwest Bahia. The narratives allowed the construction of three themes: "The Art of Care ": memories of nursing; Policy of health and nursing in Brazil: between stories and memories, and Memories of nurses about Precarious work in the context of the Productive Restructuring. It was possible to infer that the memories are petrified, and present in a reality pseudoconcrete. From these memories can also infer that the nurses are not adapted to the new requirements of the current market in the era of flexible capitalism. This fact provides implications for the organization of work, the work process in health and the health of these workers, who in some instances develop what Dejours (2007) calls suffering normality. Therefore, we confirm the thesis that the memories about the profession, work in health and job insecurity directly influence how nurses understand the contradictions between health work and precarious work and therefore compromises it the analysis critique of objective reality to develop their professional practices in the FHS.

**Keywords:** Memory. Nurse. Health work. Family Health Strategy. Precarious work.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde  
CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensões  
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
DGSP – Departamento Geral de Saúde Pública  
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões  
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social  
MES – Ministério de Educação e Saúde  
MESP – Ministério de Educação e Saúde Pública  
MS – Ministério da Saúde  
OPAS – Organização Pan-americana de Saúde  
PACS – Programa de Agente Comunitário de Saúde  
PIASS – Plano de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento  
PLUS – Plano de Localização de Serviços de Saúde  
PMC – Projeto Montes Claros  
PSF – Programa Saúde da Família  
SMS – Secretaria Municipal de Saúde  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido  
USF – Unidades de Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	12
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO E APROXIMAÇÃO COM O OBJETO	12
1.2	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	24
<b>2.</b>	<b>“A ARTE DE CUIDAR”: MEMÓRIAS SOBRE A ENFERMAGEM</b>	29
2.1	A HISTÓRIA DA ENFERMAGEM E A CONSTRUÇÃO DAS MEMÓRIAS SOBRE A PROFISSÃO	30
2.2	A TRABALHADORA ENFERMEIRA E AS REMINISCÊNCIAS SOBRE A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM	43
2.3	ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DA MEMÓRIA QUE INFLUENCIARAM AS ENFERMEIRAS NA ESCOLHA DA PROFISSÃO	49
<b>3</b>	<b>POLÍTICAS DE SAÚDE E A ENFERMAGEM NO BRASIL: ENTRE A HISTÓRIA E AS MEMÓRIAS</b>	54
3.1	ANTECEDENTES HISTÓRICOS DAS INTERVENÇÕES DO ESTADO NA SAÚDE E AS MEMÓRIAS SOBRE O TRABALHO EM SAÚDE	55
3.2	O SUS COMO POLÍTICA ATUAL DE PRODUÇÃO DO CUIDADO	73
3.3	A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REALIDADE EM QUESTÃO	80
<b>4</b>	<b>A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO CONTEXTO DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: MEMÓRIAS DE ENFERMEIRAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	97
4.1	AS POLÍTICAS NEOLIBERAIS E SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE: ENTRE CONFLITOS E CONTRADIÇÕES	98
4.2	MEMÓRIAS DAS ENFERMEIRAS SOBRE A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO	103
4.3	ENTRE OS DITOS E NÃO DITOS SOBRE O PROCESSO DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA PERSPECTIVA DAS ENFERMEIRAS	106
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	123
	<b>REFERÊNCIAS</b>	128
	<b>APÊNDICES</b>	138
	APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE	139
	APÊNDICE B: ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL	141
	APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA	142
	APÊNDICE D: TERMO DE AUTORIZAÇÃO DO USO DE DEPOIMENTOS	143
	APÊNDICE E: RELAÇÃO DOS RELATÓRIOS DE GESTÃO	144
	APÊNDICE F: CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO	145
	<b>ANEXO</b>	146
	ANEXO 1	147

# I INTRODUÇÃO

## 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E APROXIMAÇÃO COM O OBJETO

As linhas que seguem e que traduzem este estudo adentram ao tema do trabalho em saúde desenvolvido pelas enfermeiras da Estratégia Saúde da Família (ESF) no contexto da precarização do trabalho. Esse tema nasce das nossas vivências e experiências no mundo do trabalho entendido como o mundo que envolve tanto as atividades materiais e produtivas como também as atividades imateriais de criação cultural que emergem da reprodução da vida (CIAVATTA, 2012).

Assim, a concepção que adotamos sobre trabalho em saúde perpassa pelo ato de cuidar da vida e do outro, com isso toma-se como objeto central do ato produtivo o mundo das necessidades individuais e coletivas dos sujeitos que estão envolvidos no processo, com o propósito de garantir a produção social da vida, defendendo-a (MERHY; FRANCO, 2005; 2008).

Para o nosso estudo esse trabalho em saúde se inscreve no primeiro nível de atenção à saúde, também conhecido como nível de Atenção Básica, mais especificamente na ESF. Desse modo, pertinente se faz apresentarmos de forma breve a ESF e o período histórico em que ela foi instituída.

A ESF foi criada no ano de 1994, inicialmente como Programa de Saúde da Família (PSF), e posteriormente se consolidou na Estratégia Saúde da Família<sup>1</sup>. Ela traz como proposta elucidar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), principalmente no tocante a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Propicia a oportunidade de ocupação para diversas áreas profissionais, a citar temos: a medicina, a odontologia, a equipe de saúde bucal e a enfermagem.

No seu início de implantação o PSF apresentou-se como uma estratégia capaz de possibilitar a integração e promover a organização do trabalho em saúde dentro de um território definido, com o propósito de propiciar a satisfação das necessidades individuais e coletivas dos atores sociais daquele território. Desviou-se da concepção usual dos demais programas propostos pelo Ministério da Saúde, uma vez que negou a intervenção

---

<sup>1</sup> Definição apresentada pela Portaria 2488/11 que 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).

verticalizada e paralela oriundas das atividades dos serviços de saúde de âmbito nacional (BRASIL, 1997).

Paralelo ao contexto supracitado, o Brasil vivenciava a influência das políticas neoliberais, que trouxeram o fortalecimento do setor privado - atenção médica supletiva - com baixa regulação do Estado e a perda da qualidade dos serviços públicos (ALMEIDA; CHIORO; ZIONE, 2001). Essa situação se apresentou numa perspectiva contrária ao que propunha o SUS, pois propiciou o que podemos chamar de universalização excludente.

Essa universalização excludente se configura pela contradição presente entre a existência de direitos políticos e sociais garantidos pela Constituição Federal de 1988 e a implementação das políticas neoliberais, que culminou nas privatizações e mercantilizações dos setores da sociedade e conseqüente desvalorização dos serviços públicos de saúde, como mencionado no parágrafo anterior.

O neoliberalismo emergiu com um princípio que visava um retorno ao passado, cuja regulação econômica perpassava, essencialmente, através do mercado e da exclusão social da maior parte da população, se constituiu numa doutrina antiga e regressiva, independente da ótica que fosse analisada, fosse econômica, política e social. (FILGUEIRAS, 2000)

Essas políticas neoliberais tiveram o propósito de fortalecer o processo de reestruturação produtiva de “caráter estrutural no plano da produção e do trabalho, que tem como objetivo central buscar ‘novas práticas’ que deem continuidade ao funcionamento do sistema capitalista” (ALVES, 2005, p. 61), como garantia de acumulação do capital.

A reestruturação produtiva possibilitou transformações no tocante aos produtos e processos oriundos do trabalho, além da competitividade e da qualidade no contexto da globalização muito discutida na atualidade e que significa “o desenvolvimento necessário de um sistema internacional de dominação e subordinação”. (MÉSZÁROS, 2011, p. 111)

A globalização pode ser entendida também como a capacidade de desenvolver esses processos e produtos em tempo real numa escala planetária, cujas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) se constituíram como os principais instrumentos para a sua efetivação (MARQUES, 2013).

Essas transformações se apresentaram de diversas ordens, as quais podemos citar: o crescimento no emprego do setor de serviços com vínculos precários e uma nova forma de pensar o lugar dos sujeitos na organização, permitindo um controle maior da força de trabalho por parte dos empregadores (ALVES, 2005).

As políticas neoliberais avançaram aliadas ao processo de precarização do trabalho. Pois na conjuntura do neoliberalismo e da reestruturação produtiva na era da acumulação

flexível, a precarização do trabalho e o desemprego se constituíram como a marca registrada desse processo que afetou e vem afetando o mundo do trabalho com repercussão na vida do trabalhador (ANTUNES, 2000).

Essa ideia comunga com Alves (2009, p. 189) quando traz a “precarização do trabalho como um processo constitutivo do novo metabolismo social que se manifesta da reestruturação produtiva do capital e da formação do Estado neoliberal no país”.

A precarização do trabalho pode ser vista como um processo presente na sociedade capitalista que expressa novas e velhas modalidades de organização do trabalho, e propicia a recuperação das formas econômicas, políticas e ideológicas de dominação burguesa (ANTUNES, 2008).

Pode ser compreendido também como mudanças expressivas para o mundo do trabalho, principalmente as voltadas ao mercado de trabalho, às condições de trabalho, à qualificação dos trabalhadores e aos direitos trabalhistas, que visam atender ao novo padrão de produção (MATTOSONO, 1995; PIRES, 2008). O que nos faz inferir que essas mudanças afetam consubstancialmente a vida do trabalhador.

Assim, diante do contexto da ESF, e paralelo a ele, as políticas neoliberais, é possível perceber que os(as) trabalhadores(as) da saúde vivenciam uma relação existente entre o trabalho em saúde e a precarização do trabalho. Essa afirmativa é possível ao tomarmos como base as nossas vivências e experiências no mundo do trabalho.

A nossa experiência na ESF, como enfermeira, se deu no ano de 1999, período em que tivemos o nosso primeiro contato, na condição de trabalhadora, com o mundo do trabalho, cujas relações se deram por meio de um contrato com tempo determinado de serviço e que exigia dedicação de 40 horas semanais. Vivenciávamos ausência de direitos como férias, insalubridade, contribuição previdenciária e condições de trabalho fragilizadas para o desenvolvimento do processo de trabalho em saúde<sup>2</sup>.

Naquela ocasião, percebemos que os trabalhadores que compunham a equipe de saúde da família, como médica, técnicas de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também vivenciavam as mesmas relações trabalhistas e as mesmas fragilidades nas condições de trabalho.

---

<sup>2</sup> O conceito de processo de trabalho em saúde diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/profissionais de saúde inseridos no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, é necessário compreender que neste processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano, o que torna necessário introduzir alguns aspectos centrais do trabalho que é a grande categoria de análise da qual deriva o conceito de processo de trabalho em saúde. (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008, p.323).

Destacamos que nossa compreensão sobre as questões que regem a vida do trabalhador eram incipientes, sendo adquirida com o tempo, por iniciativa pessoal e independente, quando passamos a perceber o que era (ou não) permitido e entendido como direitos do trabalhador.

Todavia, essas questões trabalhistas não interferiram no nosso trabalho em saúde, visto que durante todo processo da nossa formação profissional, os conhecimentos construídos perpassavam pela atenção à vida, tida como prioridade.

Em outra experiência profissional, no ano de 2005, tivemos a oportunidade de vivenciar a ESF na condição de enfermeira concursada do município, que exercia cargo comissionado intitulado Chefe enfermeira da ESF. Para exercer esse cargo, as enfermeiras efetivas do município, que demonstraram interesse, foram submetidas a um processo de seleção interna de provas e títulos. Ressaltamos que somente as enfermeiras e técnicas(os) de enfermagem vivenciaram esse processo seletivo, ficando de fora os(as) médicos(as), cirurgiões(ãs) dentistas e a equipe de saúde bucal.

Nessa experiência, foi possível, mais uma vez, ratificar a relação existente entre o trabalho em saúde e a precarização do trabalho, visto que as relações trabalhistas apresentavam fragilidades como ausência de direitos garantidos pela Constituição Federal de 1988, a citar: não pagamento de horas extras, licença-maternidade de apenas 30 dias após o parto e não pagamento do adicional de insalubridade.

Outro aspecto que observamos refere-se à diferenciação no tratamento entre os profissionais de nível superior - em especial os(as) médicos(as) - que eram contratados(as) para trabalhar 40 horas semanais, mas eram os(as) únicos(as) que tinham direito a folgas remuneradas na semana, além da estipulada pela legislação.

Ainda nesse cenário, no que se refere às condições de trabalho, notamos que havia fatores que interferiram de certa forma e elucidavam a relação do trabalho em saúde com a precarização do trabalho, a exemplo da competitividade entre os profissionais da equipe; os recursos humanos e materiais insuficientes e gestão municipal arbitrária.

Após o curto período de dois anos e meio atuando na ESF, passamos a observar essa realidade por outra lente, à de docente do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia- Campus de Jequié, função que exercemos na atualidade, enquanto ministrante da disciplina Estágio Curricular Supervisionado I, oferecida no oitavo semestre do referido curso.

Nessa condição nos é possível presenciar alguns pontos que merecem atenção, dentre eles temos: a desarticulação entre os membros da equipe de saúde da família; todos os cargos



de nível superior são comissionados, porém, as(os) enfermeiras(os) passaram a atender a prerrogativa de indicação política, principalmente do legislativo municipal; em algumas Unidades de Saúde da Família (USF), os médicos pertencem ao Programa Mais Médico<sup>3</sup>, e em outras unidades tal função é preenchida por médicos que ocupam cargo comissionado; os demais profissionais de nível médio, como técnicos de enfermagem e ACS possuem vínculo efetivo.

Outras situações evidenciadas a partir dessa lente e que podem também traduzir a relação entre o trabalho em saúde e a precarização do trabalho na ESF são: falta de planejamento local das ações e serviços oferecidos, sendo o planejamento, em sua maioria, oriundo da Secretaria Municipal de Saúde (SMS); recursos humanos e materiais insuficientes para suprir as demandas da comunidade/unidade, tendo, as(os) enfermeiras(os), em muitos casos, que acumularem funções, principalmente de ordem administrativa, o que fragiliza as ações especificamente de sua competência.

Então, diante do exposto corroboramos que os trabalhadores da saúde, e em especial os(as) enfermeiros(as) da ESF vivenciam a relação entre o trabalho em saúde e a precarização do trabalho. Pois as reflexões até aqui desenvolvidas nos possibilitaram visualizar uma contradição vivenciada por esses(as) profissionais - o ato de cuidar da vida com vínculos instáveis - competitividade, flexibilização do trabalho, condições de trabalho fragilizadas, falta de autonomia e desarticulação entre os membros da equipe de saúde da família.

As contradições se traduzem na luta dos contrários. Esses “[...] contrários excluem-se reciprocamente e encontram-se em estado de luta permanente” (CHEPTULIN, 2004, p. 286-7). Porém, é importante destacar que:

[...] eles não são divergentes e não se destroem mutuamente; existem juntos e não apenas coexistem, mas estão ligados organicamente, interpenetram-se e supõem-se um ao outro, o que equivale dizer que eles são unidos e representam a unidade dos contrários. (CHEPTULIN, 2004, p. 287)

Assim, ao tomar como base a ideia supracitada, podemos inferir que o trabalho em saúde, traduzido no ato de cuidar da vida, e a precarização do trabalho evidenciam a essência da organização do trabalho em saúde no contexto da reestruturação produtiva. Pois percebemos o trabalho em saúde como um ato vivo, criativo, que pode (ou não) encontrar na precarização do trabalho os elementos necessários para se constituir como tal. Mas não podemos deixar de mencionar que a precarização do trabalho propicia a recuperação das

---

<sup>3</sup> Programa Mais Médico instituído pelo Governo Federal, através do Ministério da Saúde em 2013, com objetivo de suprir a carência de profissionais da área.

formas econômicas, políticas e ideológicas de dominação. O que caracteriza aqui a luta dos contrários.

Desse modo, ao percebermos essa estreita relação entre o trabalho em saúde e a precarização do trabalho no contexto da reestruturação produtiva, questionamos: será que os(as) enfermeiros(as) conseguem compreender as contradições existentes entre o ato de cuidar da vida, traduzido no trabalho em saúde, e a precarização do trabalho ao implementarem o seu trabalho? Ou vivenciam o *mundo da pseudoconcreticidade*<sup>4</sup>?

Esse mundo se apresenta como um complexo de fenômenos que afeta a vida dos sujeitos, penetra a sua consciência e assume um aspecto independente e natural, mas que, a nosso ver, pode ser reflexo do processo de manipulação, do controle, e que pode implicar no desenvolvimento de práticas sociais que atendam aos interesses de determinados grupos dominantes (KOSIK, 2002).

Algumas outras inquietações foram possíveis a partir dessas primeiras, tais como: quem são os (as) enfermeiros(as) que vivenciam a organização do trabalho em saúde na ESF? Quais memórias esses(as) profissionais construíram sobre a profissão, o trabalho em saúde e a precarização do trabalho, e onde possivelmente estão ancoradas essas memórias? A precarização do trabalho trouxe implicações para a vida desses(as) profissionais? Quais? Como esses(as) profissionais lidam com o processo da precarização do trabalho ao desenvolverem o seu trabalho em saúde?

Destacamos que o interesse pelo tema do trabalho em saúde desenvolvido pela enfermeira sempre nos chamou atenção, e foi a partir da dissertação de mestrado intitulada: Trabalho em Saúde na Estratégia Saúde da Família a partir das Diretrizes do SUS: olhar socialmente elaborado pelas enfermeiras, que evidenciamos a necessidade de aprofundar estudos sobre a relação entre o trabalho em saúde e a precarização do trabalho.

Entre os achados do referido estudo, nos foi possível identificar que o processo de precarização do trabalho se apresentou como limite para o desenvolvimento e efetivação do trabalho em saúde das enfermeiras na ESF (SAMPAIO, 2010; SAMPAIO; VILELA; SIMÕES, 2012), e com isso, ratificamos a necessidade de desenvolvermos estudos sobre como as enfermeiras compreendem a relação entre o trabalho em saúde e a precarização do trabalho.

Então, com o propósito de conhecermos como o processo de precarização do trabalho no campo da saúde vem sendo discutido no universo científico desenvolvemos um

---

<sup>4</sup> Expressão utilizada por Karel Kosik, no livro *Dialética do concreto*, e que será melhor explicitada no decorrer do texto.

levantamento bibliográfico sobre essa temática, que nos permitiu perceber que a precarização do trabalho no campo da saúde adentra a temática da gestão do trabalho e da educação na saúde, que no período, referente à implementação do SUS, trouxe à tona as discussões sobre o planejamento e a qualidade do trabalho e do trabalhador. Porém, as questões que perpassaram pelos recursos humanos não traduziam o ponto de principal atenção para a organização do trabalho na sociedade (BRASIL, 2011).

Destarte, é imprescindível uma atenção no que se refere às formas como o capital se apresenta. Pois ele pode utilizar-se do discurso presente nas lutas sociais para direcionar outros entendimentos distintos e que traduzam a concepção burguesa (ANTUNES, 2008).

Isso nos faz pensar na possibilidade de existir uma intencionalidade no processo de manipulação e desvio do foco da precarização do trabalho e suas implicações, principalmente para o trabalhador, o que corrobora com a ideia de que os recursos humanos não recebiam e talvez ainda não recebam a importância devida nas discussões sobre a organização do trabalho.

Ainda com o propósito de desvelar como a temática da precarização do trabalho no campo da saúde vem sendo discutida no universo científico nos foi possível identificar a existência de contrapontos entre os estudos que visualizam a precarização do trabalho no plano da saúde como um obstáculo para o desenvolvimento dos serviços da rede pública de saúde no Brasil (MEDEIROS et al, 2010; CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2012), e os que visualizam a precarização do trabalho enquanto processo natural (SOUZA et al, 2010; VERDE; BERNARDO, 2013).

Os estudos encontrados ressaltam ainda que o processo de precarização do trabalho é crescente, e se apresenta de forma multifacetada através de contratos precários, de terceirizações, de sobrecarga e pressões do trabalho, de flexibilização da jornada de trabalho e do avanço da ideologia gerencialista nas formas como este trabalho é organizado (ALVES, 2009; CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2012). Ao tempo que se apresenta também pela instabilidade e insegurança no vínculo trabalhista, o que provoca no(a) trabalhador(a) um sentimento de submissão e vulnerabilidade a situações de exploração (PIRES, 2008).

Essa realidade é percebida pelo Ministério da Saúde (MS), que inicia as discussões sobre o tema da precarização do trabalho e seu impacto nos serviços públicos de saúde a partir de 2003, com a criação do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, em que diagnosticou a magnitude do problema, e institui em 2006, o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, cujo objetivo era desprecarizar os vínculos de trabalho na saúde (BRASIL, 2006a).

Ao aproximarmos essas discussões ao campo específico da enfermagem realizamos outro levantamento bibliográfico utilizando um recorte de dez anos e uma baliza cronológica do período referente aos anos de 2004 à 2014. Essa baliza se justifica em virtude de ser o ano seguinte ao período das discussões de cunho nacional sobre a temática da precarização do trabalho, como mencionado anteriormente.

Esse levantamento bibliográfico nos possibilitou identificar que os estudos ainda são incipientes devido a inexistência de artigos publicados no período de 2004 a 2008 e no ano de 2014. Nos anos de 2009 e 2010 foi possível perceber uma maior expressividade de publicações com 28,57%, ou seja, dois artigos publicados para cada ano. E no período de 2011 à 2013 identificamos a existência de apenas um artigo publicado para cada ano.

Identificamos também que os estudos apresentam a precarização do trabalho como obstáculo para o desenvolvimento do trabalho em saúde para essa categoria profissional. No estudo de Costa e Tambellini (2009) é possível visualizar uma abordagem sobre a atual reorganização social da produção, em que as discussões perpassam pelo vínculo trabalhista e a remuneração, e como o processo de precarização do trabalho afeta a vida do trabalhador, com manifestações físicas como insônia, medo e perda de autoestima.

O estudo de Silva e colaboradores (2013) aborda sobre os dilemas e as contradições no mercado de trabalho e formação profissional (SILVA et al, 2013). O qual corrobora com o estudo de Oliveira e colaboradores (2009) quando analisa o mercado de trabalho, a qualificação profissional, o vínculo trabalhista e os direitos do trabalhador ao apresentarem a inserção do estagiário no mundo do trabalho, o que pode mascarar o processo de precarização do trabalho.

No estudo de Sanches e colaboradores (2010) a precarização é analisada pelas mudanças no vínculo trabalhista e como essas podem se constituir como balizador para avaliar os níveis de organização e comprometimento do trabalhador ao desenvolverem o seu trabalho.

Já no estudo de Silva e Muniz (2011) é possível perceber que a precarização do trabalho se traduz num estreitamento entre as condições de trabalho e vínculo trabalhista, que acarretam em sofrimento psíquico vivenciado pelo trabalhador de enfermagem.

Ainda no contexto de condições de trabalho o estudo de Souza e colaboradores (2010) aborda as repercussões psicofísicas para a saúde dos enfermeiros diante da necessidade de adaptação e improvisação de materiais, e de equipamentos para assegurar a prestação do cuidado.

E por fim, e não menos importante, temos o estudo de Azevedo e Araújo (2012) que aborda a precarização do trabalho na enfermagem associada ao tema da violência no trabalho, em que o assédio moral é tido como ponto principal das discussões.

Com isso, percebemos que esses estudos comungam com os estudos de Sampaio (2010) e Sampaio e colaboradores (2012) ao visualizarem a precarização do trabalho, no plano da enfermagem, como um impedimento para desenvolver o trabalho em saúde. Percebemos também que os estudos reconhecem que a precarização do trabalho traz mudanças que afetam a vida do(a) trabalhador(a) de enfermagem. O que, a nosso ver, ratifica a necessidade em desenvolvermos estudos dentro dessa temática.

Então, diante das reflexões até aqui desenvolvidas, definimos como problema de pesquisa as seguintes questões centrais: Que memórias as(os) enfermeiras(os) da Estratégia Saúde da Família trazem sobre a profissão, o trabalho em saúde e a precarização do trabalho? Essas memórias influenciam diretamente na forma como compreendem as contradições existentes entre o trabalho em saúde e a precarização do trabalho ao implementarem sua prática profissional? E como essas memórias se apresentam diante da análise crítica da realidade objetiva sobre o processo de precarização do trabalho ao desenvolverem o seu trabalho em saúde na ESF?

A partir desses questionamentos, defendemos a tese de que as memórias sobre a profissão, o trabalho em saúde e a precarização do trabalho influenciam diretamente na forma como as enfermeiras compreendem as contradições existentes entre o trabalho em saúde e a precarização do trabalho e, conseqüentemente, compromete sua análise crítica da realidade objetiva ao desenvolverem suas práticas profissionais na ESF, que muitas vezes, se apresentam em uma perspectiva pseudoconcreta do real.

Destarte, traçamos como objetivo geral para este estudo analisar as memórias das(os) enfermeiras(os) da Estratégia Saúde da Família sobre a profissão, o trabalho em saúde e a precarização do trabalho, e como essas memórias se apresentam diante da análise crítica da realidade objetiva sobre o processo de precarização do trabalho ao desenvolverem suas práticas profissionais na ESF.

Com o propósito de subsidiar essa análise traçamos objetivos específicos, que perpassam por conhecer as memórias das(os) enfermeiras(os) da Estratégia Saúde da Família sobre a profissão, o trabalho em saúde e a precarização do trabalho, e suas inter-relações ao implementarem o seu trabalho em saúde. Entender como se configurou a precarização do trabalho das(os) enfermeiras(os), principalmente, no que tange ao processo de flexibilização, às condições de trabalho, os rendimentos e o processo de Educação permanente.

Pretendemos também identificar as possíveis implicações que a precarização do trabalho acarretou na vida das enfermeiras da ESF; e conhecer como elas lidam com o processo da precarização do trabalho ao desenvolverem o seu trabalho em saúde.

Destacamos que este estudo traz como diferencial uma aproximação com o campo da memória, o qual foi objeto de estudo para diversos teóricos na área da filosofia, da psicanálise, da literatura, da psicologia com diferentes abordagens e princípios e em diversos contextos históricos. Desse modo, percebemos que as discussões sobre a memória transitam por diversas áreas do saber com o propósito de contribuir com a construção do conhecimento.

Peralta (2007) em sua análise sobre *Abordagens Teóricas ao Estudo da memória social: uma resenha crítica*, nos apresenta as principais linhas teóricas deste campo de investigação, ao tempo em que ratifica quão vasto e difícil é a delimitação de um conceito. Traz a perspectiva halbwachiana – memória coletiva do grupo, as “políticas de memória”, a memória oficial e a memórias dos grupos populares – “noção de contra memória”, e por fim, traz a memória como significados constituídos ao longo do tempo.

A noção halbwachiana da memória se apresenta como um divisor de águas para se pensar estudos sobre a memória, pois adentra ao campo da sociologia enquanto objeto de conhecimento socialmente produzido a partir de quadros sociais. Esses quadros são constituídos por grupos sociais como família, religião, escola, entre tantos outros, e são responsáveis pela regulação das lembranças (HALBWACHS, 2004). Ou seja, é a partir das inter-relações dos sujeitos nesses grupos que se constituem/ratificam as suas memórias.

Corroborando com Halbwachs (2004), Sá (2007) destaca que boa parte dos conteúdos das memórias dos sujeitos foi socialmente determinada pelos grupos sociais, pelas instituições e pelos marcos que compõem a sociedade, porém ressalta que são as pessoas que se lembram. Isso nos traz a ideia de que a lembrança percorre o campo individual apesar de a memória ser coletiva, pois quem lembra são os indivíduos.

Frente à abordagem instituída por Halbwachs sobre memória (2003), Peralta (2007) destaca que esse teórico não considerou as memórias sociais como produto de construções políticas deliberadas, como também não considerou o fato delas serem arraigadas de conflitos e contradições.

No tocante à abordagem da memória como significados constituídos ao longo do tempo, Schmidt e Mahfoud (1993) nos trazem que ela, a memória, é fundamental nos processos históricos, por dar vitalidade e preservar o valor do passado para os grupos; como também por se tornar uma guardiã dos objetos culturais que ultrapassam os tempos.

Com isso, percebemos que pode existir uma intencionalidade na preservação (ou não) da memória. E para validar o nosso pensamento Magalhães e Almeida (2011) destacam que algumas memórias são ressaltadas, perenizadas, e outras relegadas, esquecidas; ao tempo em que afirmam a existência de um controle no uso da memória a partir da necessidade de manutenção e/ou reprodução de determinadas relações sociais aproximando sobremaneira a relação entre memória e ideologia.

Dentro dessa perspectiva, compreendemos que existe uma aproximação entre o campo da memória com as representações do mundo da pseudoconcreticidade, proposto por Kosik (2002) mencionado anteriormente.

Esse mundo da pseudoconcreticidade se constitui de quatro mundos, assim descritos:

- O mundo dos fenômenos externos, que se desenvolvem à superfície dos processos realmente essenciais;
- O mundo do tráfego e da manipulação, isto é, da *práxis* fetichizada dos homens (a qual não coincide com a *práxis* crítica e revolucionária da humanidade);
- O mundo das representações comuns, que são projeções dos fenômenos externos na consciência dos homens, produto da *práxis* fetichizada, formas ideológicas de seu movimento;
- O mundo dos objetos fixados, que dão a impressão de ser condições naturais e não são imediatamente reconhecíveis como resultados da atividade social dos homens (KOSIK, 2002, p. 15)

Diante do exposto, percebemos que é pertinente a aproximação do mundo da pseudoconcreticidade com o campo da memória para desenvolvermos a análise do nosso estudo. Pois essa aproximação nos auxiliará no desvelamento do nosso objeto, evidenciando assim, o caráter de sua totalidade e complexidade.

Essa totalidade decorre de um todo estruturado que desenvolve a capacidade de se criar, cujas partes se encontram em constante interação e conexão entre si e com o próprio todo (KOSIK, 2002). Esse processo é possível a partir do conhecimento concreto da realidade, que não deve ser entendida como um aglomerado sistemático de fatos somados entre si, mas por:

[...] um processo de *concretização* que procede do todo para as partes e das partes para o todo, dos fenômenos para a essência e da essência para os fenômenos, da totalidade para as contradições e das contradições para a totalidade; e justamente neste processo de correlações em espiral no qual todos os conceitos entram em movimento *recíproco* e se elucidam mutuamente, atinge a concreticidade. (KOSIK, 2002, p.50)

Assim, percebemos que a dinâmica provém de processos que geram novos processos presentes no pensamento comum. Mas, no que se refere ao pensamento comum, este traduz a forma ideológica do fazer diário da humanidade na *práxis* fetichizada/representação comum,

no tráfego e na manipulação, não é o mundo real, mas sim o mundo da aparência (KOSIK, 2002).

Esse mundo da aparência, ousamos aqui chamar de mundo das memórias, uma vez que podemos entendê-la como conhecimento, *representação* e saberes (HALBWACHS, 2003; PEREIRA; FLEXOR, 2010). Pois na perspectiva de Kosik (2002, p.19, grifo do autor) “a representação da coisa não constitui uma qualidade natural da coisa e da realidade: é a projeção, na consciência do sujeito, de determinadas condições históricas *petrificadas*”.

Com isso, ressaltamos que não é pretensão deste estudo abordar as questões cronológicas das ideias sobre memória, mas sim em analisar as formas de gestão e organização do trabalho na ESF, tomando como base as memórias das(os) enfermeiras(os) sobre a profissão, o trabalho em saúde e a precarização do trabalho e como essas memórias se apresentam diante da análise crítica da realidade objetiva dessas profissionais ao desenvolverem suas práticas na ESF, que muitas vezes, pode traduzir o mundo da pseudoconcreticidade.

## 1.2 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Definimos como campo empírico de investigação a ESF do município de Jequié/BA, situado na mesorregião centro sul baiano, localizado a aproximadamente 365 km da capital do Estado, onde conta com uma população de 161.150 habitantes segundo IBGE de 2014.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do referido município foi criada em 1991 através da Lei 187/91. Em 1997 com os avanços do processo de municipalização das ações e serviços de saúde sofreu modificações em sua estrutura organizacional, criaram-se departamentos e extinguiram-se cargos através da Lei 1433/97. Em 2002 através da Lei 1552/2002 sofre novas modificações estruturais e organizacionais com a reformulação de alguns departamentos. (JEQUIÉ, 2006 – Doc. 4).

A Atenção Básica (AB), na ocasião do nosso estudo, contava com 27 Equipes de Saúde da Família, perfazendo uma cobertura de aproximadamente 53,37% das famílias do município. As equipes foram implantadas em 18 USF e estavam distribuídas da seguinte forma: 16 unidades na zona urbana que atuam 25 equipes e 02 unidades na zona rural que atuam 02 equipes.

No que se refere aos sujeitos da pesquisa, elegemos as enfermeiras por percebermos que essas profissionais se constituíram, ao longo das nossas vivências e experiências no mundo do trabalho, como os sujeitos de maior vulnerabilidade ao processo de precarização do



trabalho frente aos demais profissionais da ESF. Essa afirmativa ratifica-se nos estudos de Costa e Tambellini (2009) em que o mesmo aponta para uma vulnerabilidade dessa categoria profissional ao processo de precarização do trabalho, quando nos traz que escolheu desenvolver seu estudo em um Serviço de Enfermagem por este possuir o maior quantitativo de pessoal cooperativado da unidade estudada.

Outro ponto que também nos estimulou na escolha por essa categoria profissional está associado ao crescimento no número de cursos de graduação em enfermagem decorrente da política expansionista da educação superior, desenvolvida no Brasil nas últimas décadas. Não podemos deixar de mencionar a importância dessa política no processo de favorecimento à inclusão social no contexto nacional.

No entanto, também não podemos deixar de mencionar que é produtora à lógica do capital a constituição de um exército de reserva. Visto que no ano de 2001 o número de cursos no Brasil perfazia um total de 207, em 2006 esse número aumenta para um montante de 557 cursos, e em 2011 já atingia 826 cursos (TEXEIRA; FERNANDES; ANDRADE et al, 2013).

Esse exército de reserva pode propiciar ao sistema capitalista um maior controle na oferta e na demanda de empregos, dando-lhes as características que lhe forem convenientes. Com isso, pode garantir a sua hegemonia, o seu poder, controle, manipulação e o seu fortalecimento. Esse entendimento pode justificar o crescimento de quase o triplo de cursos (619) em um período de dez anos.

Escolhemos para o nosso estudo como baliza cronológica a primeira década do século XXI, período compreendido entre os anos 2000 a 2009. A escolha desse período se justifica por diversos motivos, entre eles podemos elencar: Período de efervescência da reestruturação produtiva e de suas implicações no mundo do trabalho no cenário brasileiro; de busca pelo fortalecimento do SUS enquanto Política Nacional de Saúde; período em que surgem as discussões sobre a desprecarização do trabalho em saúde no SUS e a instituição do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS; criação dos Princípios e Diretrizes para a Gestão do trabalho no SUS; efervescência e expansão da ESF no contexto do Brasil; implantação e expansão das equipes de saúde da família no município em estudo; e pelas formas de gestão e organização do trabalho em saúde no referido município, principalmente no que se refere as enfermeiras.

Desse modo, a população do estudo ficou composta por seis enfermeiras que atuaram na ESF no período de 2000 a 2009. A escolha dessas enfermeiras se deu por meio de um levantamento feito junto ao Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde, que nos forneceu o nome de todas as 27 enfermeiras que atuaram na ESF no referido

período. Conseguimos o contato de 10 enfermeiras, das quais 06 aceitaram participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A).

Com o propósito de garantir o sigilo da identidade das enfermeiras do nosso estudo, conforme consta no TCLE, escolhemos nomes de flores que serão utilizados como codinomes e estarão acompanhando de suas narrativas. Assim suas identificações serão compostas da palavra Enfermeira acompanhadas do nome da flor.

O período da coleta de dados compreendeu os meses de maio a agosto de 2015, em que fomos individualmente, a cada uma das enfermeiras contatadas, apresentar o projeto e convidar para participar do estudo, o que demandou tempo, pois as mesmas encontram-se atualmente desenvolvendo outras atividades que não mais a ESF no referido município.

No que se refere à técnica de coleta de dados desenvolvemos a análise documental e a entrevista em profundidade na perspectiva de Minayo (2010) por propiciar às enfermeiras a liberdade de discorrer livremente sobre o tema, em que as nossas intervenções, como investigadora, se limitaram de maneira pontual, para tentar demarcar temporalmente os acontecimentos ou resgatar aspectos que direcionassem para um maior aprofundamento e desvelamento da temática. Desse modo, construímos um roteiro para a análise documental e um roteiro de entrevista com a temática em questão conforme pode ser observado nos Apêndices B e C, respectivamente.

Destacamos que as entrevistas foram gravadas em equipamento digital e transcritas. As enfermeiras assinaram o Termo de Autorização para o uso dos Depoimentos e Narrativas, em conformidade ao que está prevista na legislação (Apêndice D).

Quanto aos documentos analisados, elencamos inicialmente os Planos de Saúde e Relatórios Municipais de Gestão do período do estudo – 2000 à 2009. Porém, destacamos que encontramos contratempos quanto ao acesso a esses documentos, pois ao nos reportarmos aos Departamentos de Assistência à Saúde e o Departamento de Planejamento e Avaliação Descentralizada da Secretaria Municipal de Saúde fomos informadas de que lá não encontraria esses documentos.

Encontramos no Conselho Municipal de Saúde alguns Relatórios de Gestão após algumas idas e vindas e desencontros no referido setor. Esses documentos encontram-se descritos no Apêndice E. Ao mencionarmos no texto usamos o termo Documento com seu respectivo número de apresentação (Documento 1, Documento 2, etc.).

Os dados coletados foram analisados em conformidade com a técnica da triangulação, por esta proporcionar ao pesquisador uma visão ampliada na descrição, explicação e compreensão do problema estudado. Ao tempo em que se desenvolve em primeiro aspecto a

partir das percepções (memórias) dos sujeitos do estudo, seguido da análise de documentos, e por fim faz uma relação com as estruturas socioeconômicas e culturais do contexto em estudo (TRIVIÑOS, 1987).

Realizamos também uma aproximação/adaptação com a técnica de análise de conteúdo compreendida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativas ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (BARDIN, 2009, p.44).

A análise de conteúdo possibilita “[...] desvendar as ideologias que podem existir nos dispositivos legais, princípios e diretrizes, etc., que, à simples vista, não se apresenta com a devida clareza” (TRIVIÑOS, 1987, p.160)

O desenvolvimento dessa técnica se fez a partir de três etapas que transcorreu da pré-análise, da exploração do material e do tratamento dos resultados obtidos, e que consistiu na descrição analítica e sua interpretação inferencial.

Durante a pré-análise realizamos a escolha dos documentos que seriam analisados. Destacamos que levamos em consideração os objetivos do nosso estudo. Em seguida, fizemos a leitura flutuante do material coletado, na tentativa de se constituir o *corpus*, ou seja, a busca da organização do material, de forma a responder a determinadas normas de validade, a saber: exaustividade (contemplamos todos os aspectos contidos no roteiro); representatividade (a representação do universo); homogeneidade (obedecemos aos critérios de escolha em relação ao tema, as técnicas e os interlocutores); pertinência (os documentos que foram analisados estavam adequados aos objetivos do trabalho).

Na etapa de exploração do material realizamos a codificação dos dados, sendo que em primeiro lugar fizemos o recorte do texto em unidades temáticas. Em seguida a separação dos recortes, considerando-se as convergências, divergências e o inusitado presente nestes recortes; e em terceiro lugar, realizamos a classificação e agregação dos dados, que no caso deste estudo foram agregados em temas.

Na última etapa desse processo realizamos o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação dos mesmos, na qual buscamos a consolidação das convergências, divergências e do inusitado, de modo a analisá-las à luz do referencial teórico aqui adotado.

Desse modo, durante o processo de análise, colocamos em evidência as dimensões, os conteúdos e as transformações do conhecimento, e porque não dizer das memórias sobre a profissão, o trabalho em saúde e a precarização do trabalho, e como essas memórias se

apresentaram diante da análise crítica da realidade objetiva sobre o processo de precarização do trabalho em saúde.

Lembramos que para o desenvolvimento deste estudo buscamos garantir os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, em que o projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil sob o CAAE: 41883615.2.0000.0055, que o encaminhou para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB que consubstanciou e autorizou o início da coleta de dados através do Parecer Favorável número 1.067.808/2015 (Anexo 1).

Então, este estudo encontra-se dividido em seções construídas a partir das categorias temáticas evidenciadas com o processo de análise. A sua estrutura organizacional está assim distribuída, além desta introdução, considerada como seção I:

Seção II intitulada “A Arte de Cuidar”: memórias sobre a enfermagem, que traz a História da Enfermagem e a construção das memórias sobre a profissão; a trabalhadora enfermeira e as reminiscências sobre a profissão de enfermagem; e os elementos constitutivos da memória que influenciaram as enfermeiras na escolha da profissão.

Na seção III “Políticas de Saúde e a enfermagem no Brasil: entre a história e as memórias”, que abordamos sobre os antecedentes históricos das intervenções do Estado na Saúde e as memórias sobre o trabalho em saúde; o SUS como Política atual de produção do cuidado; e a Estratégia Saúde da Família: uma realidade em questão.

Já a seção IV intitulada “A Precarização do trabalho no contexto da Reestruturação Produtiva: memórias de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família” trazemos as políticas neoliberais e sua influência na saúde abordando os conflitos e contradições; as memórias das enfermeiras sobre a Precarização do trabalho; e entre os ditos e não ditos sobre o processo de precarização do trabalho na perspectiva das enfermeiras.

Por fim, a seção V que traz nossas considerações sobre o desenvolvimento deste estudo e como o mesmo nos possibilitou perceber a complexidade e a relevância das discussões sobre as contradições entre o trabalho em saúde e a precarização do trabalho vivenciadas pelas enfermeiras da ESF e o quão necessário se faz desenvolver uma análise crítica da realidade objetiva dentro desse contexto, pois assim poderemos nos constituir sujeitos concretos dessa história.

## 2 “A ARTE DE CUIDAR”: MEMÓRIAS SOBRE A ENFERMAGEM

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes! (Florence Nightingale)

Nesta seção abordamos sobre a História da Enfermagem e como se deu a construção das memórias sobre a profissão ao longo dessa história; abordamos também sobre as memórias que se fizeram presente na concepção das enfermeiras do nosso estudo, e como e onde possivelmente podem estar ancoradas.

Apresentamos a trabalhadora enfermeira revelando um pouco de suas histórias e; abordamos também as reminiscências sobre a enfermagem e os elementos constitutivos da memória que influenciaram as enfermeiras na escolha da profissão.

### 2.1 A HISTÓRIA DA ENFERMAGEM E A CONSTRUÇÃO DAS MEMÓRIAS SOBRE A PROFISSÃO.

A enfermagem é, historicamente, traduzida como “a arte do cuidar”. Essa construção social sobre a enfermagem remonta de tempos longínquos e permanece nos dias atuais.

Desse modo, buscamos trazer as memórias que as enfermeiras do nosso estudo têm sobre a profissão e o(a) trabalhador(a) enfermeiro(a), com o propósito de conhecer como essas memórias se inter-relacionam diante da análise crítica da realidade objetiva sobre o processo de precarização do trabalho ao desenvolverem suas práticas profissionais na ESF.

O ponto de partida para a compreensão da história das profissões, especificamente a enfermagem, são os homens e mulheres em suas atividades práticas, ou seja, em seu trabalho entendido como categoria fundante do ser social. Esse trabalho é imprescindível para a existência e formação humana através da inter-relação que este homem/mulher exerce com a natureza transformando-se mutuamente e diferenciando-se dos demais seres vivos, em que o trabalho se constitui como atividade exclusivamente humana (MERHY; FRANCO, 2005; SAMPAIO; VILELA; PIRES, 2012; MARX, 2013).

O trabalho como ação criadora é responsável pela produção da vida em seu sentido mais amplo, envolve as ideias, as ações, as experiências, as vivências e os sentimentos para a constituição e transformação da natureza e do mundo a sua volta (CIAVATTA, 2012).

Nessa perspectiva, o trabalho deve ser visto como atividade central na, e para a história da vida humana, nas e para as construções das sociedades. Contudo, destaca-se que ao longo da história da humanidade o trabalho vem passando por transformações tornando-se cada vez mais complexa a sua análise, principalmente com o advento do capitalismo, em que o trabalhador passa a vender a sua força de trabalho e a sujeitar-se aos ditames do capital (ANTUNES, 2013).

Com isso, necessário se faz desenvolver uma distinção ao analisarmos o tema do trabalho, pois podemos analisá-lo em sua perspectiva ontológica, central e responsável pelo processo de humanização do ser humano, como também podemos analisá-lo em sua perspectiva penosa, alienante e responsável pelo processo de depreciar os valores do ser humano (CIAVATTA, 2012).

O trabalho se articula em torno do contexto histórico das sociedades humanas, nas mediações<sup>5</sup> específicas que lhe dão forma e sentido no tempo e no espaço, e implica na sua percepção e assimilação, que variam de acordo com esses contextos. Cada sociedade contempla o ato de trabalhar a partir de diferentes ângulos e visões, seja como atividade criadora, que anima e enobrece o homem, ou como atividade aviltante, penosa ou que aliena o ser humano de si mesmo e dos produtos de seu trabalho. E essas percepções normalmente, estão acopladas à realidade material daquele determinado meio social (MERHY; FRANCO, 2005; MELO JÚNIOR, 2008; CIAVATTA, 2012).

O que nos faz ratificar a pertinência na aproximação com o campo da memória visto como representações, saberes e conhecimento socialmente produzido e transmitido entre as gerações e constituído para atender aos interesses de determinado grupo. Assim, percebe-se o quão complexo tornou-se a análise sobre o trabalho, principalmente pela “enorme simplificação, reduzimos a uma das suas formas históricas aparentes, tais **como a profissão, o produto do trabalho, as atividades laborais**, fora da complexidade das relações sociais que estão na base dessas ações” (CIAVATTA, 2012, p.34, grifo nosso).

As transformações históricas sobre o trabalho influenciaram consubstancialmente a história das profissões. Com isso, necessário se faz conhecer a história das profissões para compreender o presente e traçar o futuro, tomando como base a trajetória histórica que a profissão percorreu ao longo dos tempos (PADILHA, 2011).

---

<sup>5</sup> Em virtude da polissemia que envolve o termo mediação, para o nosso estudo este termo situa-se “no campo dos objetos problematizados nas suas múltiplas relações no tempo e no espaço, sob a ação de sujeitos sociais” (CIAVATTA, 2012, p.37).

A enfermagem não está fora desse contexto, uma vez que os estudos históricos propiciam uma apreciação dos contextos em que as memórias coletivas dessa profissão se constituíram, o que possibilita uma análise crítica dessas realidades e pode nos direcionar para o desenvolvimento da autoestima coletiva e para a tarefa de (re)construção e/ou ressignificação da nossa identidade profissional (BARREIRA, 1999).

Com isso, ratificamos a necessidade dessa análise se configurar numa perspectiva crítica para não traduzir uma concepção pseudoconcreta sobre a profissão e assim sendo, favorecer para o desenvolvimento de uma desvalorização da mesma, como também colaborar para a construção de uma identidade profissional fetichizada, que atenda a interesses de grupos dominantes.

A enfermagem só passou a ser analisada como profissão a partir da década de 1980, época em que suas práticas sociais ao serem executadas se inscrevem no mundo do trabalho e se sujeitam às leis, às normas e aos conceitos que regem o referido mundo (KIRCHHOF, 2003).

Contudo, sempre foi vista como uma atividade humana que ultrapassou os tempos, e que acompanhou as mais variadas transformações sócio-histórico-culturais. Isso nos faz pensar que ela, a enfermagem, talvez tenha influenciado no processo da construção das memórias sobre o ato de cuidar e/ou vice versa.

Diante desse entendimento e estreitamento entre o tema do cuidado enquanto atividade humana e objeto de atuação da enfermagem Vagheti e colaboradores (2007, p. 270) nos trazem que “[...] num primeiro estágio, as práticas de cuidar restringiam-se a medidas higiênicas, uma vez que os conhecimentos sobre a saúde, modos de minorar os males físicos, suprimir as dores eram dirigidos basicamente para a sobrevivência”.

As práticas de cuidado atendiam a uma:

[...] ação de proteção, no início reflexa e instintiva, tornou-se objeto do xamã ou feiticeiro, depois do sacerdote e, mais tarde, do médico. Por conseguinte, diante da questão da sobrevivência, ou das leis da vida e da morte, “cuidar” tornou-se tratar a doença. O paciente, objeto dos cuidados, foi isolado, reduzido a parcelas e excluído das dimensões sociais e coletivas. Surgiram os diversos especialistas que, sozinho, não conseguiam tratar os doentes; com isso necessitava-se de outras pessoas que assumissem as numerosas atividades paralelas ao trabalho de investigação e de tratamento das doenças (OGUISSO, 2007, p.10).

Percebemos nesse cenário supracitado as transformações do cuidado como atividade humana e as mediações específicas que lhe deram forma e sentido no tempo e no espaço nos diversos contextos. Pois sai da sociedade primitiva e finda na sociedade capitalista com foco na divisão do trabalho e na especialização do trabalhador, para desenvolver o cuidado.

Nessa última sociedade não só é possível o aparecimento de diversas especialidades, ocupações e empregos, como também a dialética entre qualidades profissionais e intelectuais (MELO JÚNIOR, 2008).

Porém, foi na Idade Média sob a influência da Igreja Católica que o exercício da enfermagem passou a ser desenvolvido, através do oferecimento de serviços considerados pela sociedade como repugnantes. Esses serviços ficaram caracterizados como caridade, e eram realizados por diaconisas, através de doação e distribuição de suprimentos a pobres e doentes (OGUISSO, 2007).

Nesse período a Igreja Católica desenvolveu uma importante influência política e social em que as ordens religiosas passaram a ser as instituições responsáveis em implementar o cuidado e a favorecer também ao desenvolvimentos das crenças cristãs. Com isso, abriram campo e oportunidade de trabalho fora do ambiente doméstico para as pessoas que haviam sido impedidas de prestar cuidado em razão das tradições sociais. Contudo, esse cuidado assumiu um caráter caridoso e vocacional para quem o exercesse (VAGHETTI; PADILHA; CARRARO et al, 2007).

É possível perceber que a Igreja, enquanto instituição de poder constituiu sobre o ato de cuidar e especialmente à enfermagem, uma construção social em que o cuidado se apresenta como VOCAÇÃO E CARIDADE. Ao tomarmos como base essa compreensão instituída pela igreja católica as diaconisas desenvolviam suas atividades com esse cunho de serviço de caridade, o que a nosso ver pode caracterizar uma práxis fetichizada presente no mundo da pseudoconcreticidade.

Essa práxis fetichizada se configura em contraposição a práxis crítica e revolucionária da humanidade, se apresenta como uma práxis numa perspectiva alienada, manipulada, que traduz o mundo das representações comuns, distanciado dos processos essenciais que compõem a realidade objetiva (KOSIK, 2002).

Essa concepção de vocação associada ao trabalho se consolida em Max Weber, em sua obra *A Ética Protestante e o Espírito Capitalista*. No entanto, essa concepção proporciona o amadurecimento do Capitalismo (MELO JÚNIOR, 2008), em que a religião passaria a ser a principal responsável pela construção e consolidação dessa memória sobre o cuidado como um ato vocacional.

É oportuno destacar que não temos a pretensão de provocar discussões de cunho religioso, nem tão pouco condenar qualquer religião, pois não é o propósito do nosso estudo. Mas sim, estimular reflexões sobre a história da enfermagem associada ao ato de cuidar e as memórias constituídas, esquecidas e perpetuadas ao longo dos contextos históricos da



profissão, e corroborar com a ideia de que as construções sociais sobre a enfermagem podem atender a interesses de grupos dominantes.

Ainda no período da Idade Média, o cuidado era exercido por religiosos e militares, considerados como os responsáveis pelas ações de enfermagem. Os monges e monjas eram quem desenvolviam o cuidado aos homens e mulheres respectivamente, e eram preparados com um ideal de servir (OGUISSO, 2007).

Nesse período as ordens religiosas de homens e mulheres eram responsáveis por atuar no cuidado à pobres e doentes, e tiveram grandes nomes como o de Santo Agostinho e São Vicente de Paula lembrados até os dias atuais pelos feitos que envolviam o cuidado (VAGHETTI; GREGÓRIO; ZYTKUEWISZ et al, 2011).

A memória também é constituída por personagens que são lembradas por seus feitos e/ou pela conveniência que seus feitos podem acarretar (POLLAK, 1992). Com isso, podemos considerar essas lembranças como um forte instrumento de memória que favorece a preservação daquilo que querem que seja lembrado – o trabalho do(a) enfermeiro(a) como caridade, vocação e ato de servir, que traduz uma ação de doação e dedicação ao reino de Deus.

Mais uma vez a religião se constitui como um forte marco social nesse processo, pois numa perspectiva halbachiana os quadros sociais da memória se apresentam como critérios normativos que definem as possibilidades de lembrança dos indivíduos implicando em recordar aquilo que os quadros proporcionam e esquecer o que não tem ligação com o grupo ou que não seja interessante, caracterizando a possibilidade do processo de manipulação e controle das memórias.

Ainda sobre a história da enfermagem, alguns movimentos importantes como as Cruzadas e a Reforma Protestante podem ter influenciado a construção das memórias sobre a profissão. As cruzadas trouxeram para a enfermagem um reconhecimento de remuneração, porém, enquanto atividade masculina. Já a Reforma Protestante, por sua vez, ratifica a conotação de que a enfermagem exercida por mulheres deveria ser desenvolvida com o propósito de caridade e por esta razão não deveria ser remunerada (OGUISSO, 2007).

Percebe-se nesses dois contextos supramencionados um ponto que merece a nossa atenção e que envolve a questão de gênero ligada a enfermagem. Pois, além de traduzirem a relação de poder, traduzem também as diferenças relacionadas ao sexo masculino e feminino, uma vez que a enfermagem enquanto atividade feminina deve trazer um sentido de caridade e vocação. Porém, quando vista como atividade masculina perde esse sentido e ganha reconhecimento e valor remunerativo.

O masculino e o feminino consistem a conexão integral sobre gênero, ao tempo que consistem também na relação de poder em primeira análise (SCOTT, 1989). Essa ideia corrobora com nossas impressões sobre a manipulação no uso da memória para a construção de uma realidade pseudoconcreta e que atenda aos interesses de determinados grupos dominantes. Por isso, não podemos deixar de mencionar que “[...] a desigualdade entre os gêneros atravessa a história de acordo com o modelo dominante [...]”. (CUNHA; ALVES, 2014, p.75)

Essa observação confirma duas possíveis memórias socialmente constituídas para a enfermagem, as quais atendem a interesses de determinados grupos. Pois nos faz ver a existência de uma intencionalidade em preservar a memória sobre a enfermagem enquanto atividade feminina associada a caridade, e renegar ao esquecimento a enfermagem enquanto atividade masculina valorizada e digna de remuneração.

A construção social sobre a enfermagem enquanto atividade feminina pode trazer consigo as memórias construídas e presentes na história das mulheres, que perpassam pela submissão, pela subordinação, pela invisibilidade e pela desvalorização (HUFTON, 1991). A preservação dessas memórias pode propiciar a manipulação, o controle e o desenvolvimento de práticas fetichizadas atrelada ao exercício profissional da enfermagem.

Com isso, a concepção socialmente construída sobre a enfermagem pode ser vista como instrumento de poder e manipulação por parte das pessoas e/ou dos grupos que o detém, capaz de dar visibilidade e prestígio a certos acontecimentos, pessoas, práticas ou ideias; e favorecer ao esquecimento de outros (BARREIRA, 1999). Com isso, podemos suscitar que é interessante para “alguém” manter as memórias da submissão, doação, caridade e vocação atribuída à enfermagem enquanto atividade feminina.

Destacamos que até a Idade Média não houve preocupação em organizar a enfermagem enquanto profissão; sua prática consistia em atos simples, restringindo-se “tão-somente em atender às necessidades físicas dos doentes, ministrar alguns medicamentos, fazer curativos e cuidar da higiene” (OGUISSO, 2007, P.59).

No entanto, esse cenário muda com o surgimento da enfermagem moderna, que traz na figura de Florence Nightingale (1829-1910) o símbolo da profissão. Não podemos negar que as práticas do cuidado já existiam antes de Florence, no entanto é sobre a sua influência que essas práticas ganham fundamentos, princípios técnicos, educativos e organizacionais, sem deixar de mencionar os princípios éticos que impulsionaram a profissão (OGUISSO, 2007).

Mesmo diante de todas essas características descritas anteriormente, Florence não distancia a enfermagem da vocação, porém, pode apresentar uma roupagem diferente em virtude do contexto socioeconômico, político e educacional que viveu.

Alguns estudos apresentam a vocação de Florence como um chamamento divino para cuidar de doentes, mas em virtude de viver na sociedade inglesa não obteve incentivo para adentrar a vida religiosa e seus impulsos humanitários; teve oportunidade de estudar e frequentar instituições de caridade para alicerçar seus conhecimentos sobre a prática do cuidado (SMALL, 1998 apud OGUISSO, 2007).

Ressaltamos que esse período se deu duas décadas após a Revolução Francesa que trouxe como consequência a ascensão da burguesia ao poder, propiciando a consagração de princípios da soberania popular, de liberdade individual e da propriedade privada. Nessa ocasião, Florence participava dos salões literários cujas conversas incluíam temas como liberdade e lutas sociais pela igualdade (OGUISSO, 2007), o que a diferenciava das demais mulheres da sociedade inglesa.

Florence encontrou alguns percalços para realizar o seu desejo de ser útil e servir ao próximo. Inicialmente pela família, em especial a mãe e a irmã mais velha, que não compreendiam esse interesse; e não menos importante a barreira social, porque consideravam os hospitais ingleses como locais inadequados para “moças de família”, sendo as cuidadoras, em sua maioria, mulheres que cumpriam pena, que não tinham nem escolaridade, nem moral exemplar para qualquer tipo de ensinamento (OGUISSO, 2007; PASSOS, 2012).

Nesse cenário, percebemos a presença das memórias sociais do ser homem e do ser mulher. As mulheres “gozavam de uma condição de inferioridade e desigualdade em relação à posição social do homem, já evidenciando uma dada divisão sexual do trabalho” (ALVES, 2013, p. 272). No entanto, Florence buscava um papel diferenciado desse contexto para se inserir na sociedade.

Essa divisão sexual do trabalho fundamenta-se na ideia antagônica entre homens e mulheres, como também na exploração presente nessa relação (ALVES, 2013, p. 274). As memórias sociais construídas nesse processo do ser homem e do ser mulher traduzem uma relação de poder que se exerceu historicamente, em que o trabalho feminino sempre esteve associado ao trabalho reprodutivo executado no ambiente doméstico (SAMPAIO et al, 2014). Com isso, é possível perceber a existência do exercício da valorização e do poder atrelados à posição social do homem, contrários a submissão e desvalorização que perpassa pela posição social da mulher.

O cenário que Florence buscava transformar trouxe também a prática do cuidado atrelada não só a figura feminina, mas principalmente associado a mulheres de condutas desaprovadas socialmente. O que pode favorecer ainda mais para uma desvalorização dessa prática uma vez que as atividades das mulheres já se constituíam estigmatizadas e desvalorizadas historicamente.

Assim,

O relato biográfico de Miss Nightingale é uma interpretação subjetiva de sua trajetória de vida e sujeita, portanto, a opiniões controversas daqueles que se dedicavam ao seu estudo. Entretanto, a despeito desse fato, existe a certeza de que estamos diante de alguém que fez bom uso de sua condição social, econômica e política para promover mudanças positivas na vida das pessoas (COSTA; PADILHA; BORENSTEIN; et al, 2011, p.184-5).

Para citar, podemos visualizar mudanças na figura da mulher na sociedade inglesa, como também na prática do cuidado, em que cunhou a observação e o registro como método para cientificar o ato de cuidar. A principal contribuição de Florence para a enfermagem passou pelo uso de sua influência, após o término da Guerra da Crimeia, para promoção de programas educativos e campanhas, e a criação da primeira escola de enfermagem nos moldes da enfermagem moderna. “Por essas razões, Miss Florence é considerada a criadora de uma nova profissão feminina” (COSTA; PADILHA; BORENSTEIN et al, 2011, p.186).

No contexto brasileiro, temos a figura de Ana Justina Ferreira Néri (1814-1880), brasileira e baiana, viúva do Capitão-de-fragata Isidoro Antônio Néri; que ao ver seus familiares próximos serem convocados para guerra do Paraguai solicitou ao presidente da Província da Bahia que pudesse acompanhá-los, ou caso isso não fosse possível poderia também prestar serviços voluntários nos hospitais do Rio Grande do Sul. (BRAZIL; SALES; PORTELLA, 2016).

Essa personalidade ficou conhecida como Ana Néri, e foi reconhecida por seus feitos na Guerra do Paraguai, em que atuou fortemente e com dedicação aos cuidados dos doentes e feridos da guerra. Tornou-se o ícone da profissão no Brasil. Ficou conhecida como a Voluntária de Caridade, Grande Irmã de Caridade Leiga, Heroína da Caridade, Mãe dos brasileiros na Guerra do Paraguai, e é reconhecida por sua bravura. Assumiu, mais tarde, o título de patronesse da primeira escola de enfermagem do Brasil; e um decreto presidencial reverenciou seu feito e sua memória. É a madrinha da enfermagem brasileira. (GRISARD; VIEIRA, 2008).

Algumas características aproximam essas duas personalidades da enfermagem, principalmente na maneira de agir: eram mulheres de família tradicional e possuidoras de

bens, estudadas, cultas e políglotas, severas, disciplinadoras e dedicadas às tarefas de cuidar dos sofredores nas guerras em que participaram ativamente (Ana Neri, na Guerra do Paraguai e Florence, na Guerra da Crimeia - atual Ucrânia) (BRAZIL; SALES; PORTELLA, 2016).

Essas duas personalidades nos aproximam do pensamento de Pollak (1992) no tocante à constituição da memória, uma vez que apresenta pessoas ícones com características que traduzem a constituição da memória sobre a enfermagem moderna. Memória essa que está associada ao desejo de servir de forma voluntária e à caridade como atributos que traduzem a profissão.

No Brasil, até o período que antecedeu a Proclamação da República a enfermagem era exercida “por religiosas, auxiliadas por enfermeiros leigos, de pouca instrução, e por escravos, em instituições pertencentes a ordens religiosas católicas” (BARREIRA; BAPTISTA; SAUTHIER et al, 2011, p. 220).

Com o advento da Proclamação da República brasileira em 1889 propiciou maior intervenção do Estado na área da saúde e da enfermagem, com a reforma do Hospital Nacional de Alienados e posterior criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE).

Esse fato se dá em virtude da separação ocorrida entre o Estado e a Igreja, que culminou na exclusão das Irmãs da Caridade do referido hospital, e com o propósito em dar continuidade aos cuidados anteriormente desempenhados pelas religiosas, criou-se assim, a primeira escola de enfermagem no Brasil (BARREIRA; BAPTISTA; SAUTHIER et al, 2011).

Foi através do Decreto 791 de 27 de setembro de 1890, assinado pelo primeiro Presidente da República – Marechal Deodoro da Fonseca que se dá a criação da EPEE, principalmente pelas demandas de cuidados de saúde emergente e vivenciada pela população brasileira, como as epidemias e as demandas vinculadas a área de saúde mental (BRASIL, 1890). Essa escola posteriormente passou a chamar-se de Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO)

Diante desse cenário as atividades desenvolvidas pela enfermagem passaram a ser parte do exercício de uma profissão. Esse fato de criação da EPEE culminou no início do processo de profissionalização e marca a história da enfermagem brasileira (MOREIRA; PORTO; OGUSSO, 2002).

Esse acontecimento possibilitou uma ampliação

[...] da atividade feminina, proporcionando à mulher um meio honesto e altamente humanitário de conseguir os meios de subsistência e que preparará

indivíduos que serão verdadeiros *auxiliares dos médicos* (MOREIRA; PORTO; OGUISSO, 2002, P. 404, grifo nosso).

O início do processo de profissionalização da enfermagem no Brasil já se constituiu com a criação do estigma de submissão e subalternidade da enfermagem à medicina, como também é possível perceber a concepção sobre a figura da mulher na sociedade da época. Ou seja, a enfermagem abre campo honesto para a atuação de mulheres na vida profissional, porém, como “auxiliares de médicos”.

Esse processo de profissionalização da enfermagem brasileira se deu sob a influência dos moldes da enfermagem francesa, pois a direção do hospital contratou 7 (sete) enfermeiras francesas com o propósito de constituir e organizar o serviço de enfermagem nos estabelecimentos de Assistência aos Alienados (MOREIRA; PORTO; OGUISSO, 2002).

As enfermeiras francesas, não pertenciam a nenhuma ordem religiosa, foram contratadas por um período de dois anos, permanecendo por mais quatro anos vinculadas ao Hospital Nacional de Alienados (MOREIRA; PORTO; OGUISSO, 2002). Essa permanência antecedeu em trinta anos a oficialização da Enfermagem Moderna brasileira, que se consubstanciou com a vinda das enfermeiras norte-americanas para o Departamento Nacional de Saúde Pública (KIRSCHBAUM, 1994 apud MOREIRA; PORTO; OGUISSO, 2002).

Na perspectiva de Kruse:

A Fundação Rockefeller teve papel decisivo na implantação da enfermagem moderna no Brasil, o que se concretizaria através da Missão de Cooperação Técnica para o Desenvolvimento da Enfermagem no Brasil, também conhecida como “missão Parsons”, chefiada pela enfermeira norte-americana Ethel Parsons, composta por **enfermeiras que eram símbolos da mulher americana**. O marco histórico desta missão foi a criação de um Serviço de Enfermeiras no Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), com a conseqüente criação de uma Escola de Enfermeiras (a escola denominou-se inicialmente Escola de Enfermeiras do DNSP. Em 1926, passou a chamar-se Escola Anna Nery e posteriormente Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro) (2006, p. 404, grifo nosso).

Essa ideia de símbolos que representem determinada construção social esteve e/ou está presente no mundo das mulheres, que historicamente vivenciaram as constituições mnemônicas da esposa, da dona de casa, entre outras representações que definissem o lugar da mulher na sociedade (CUNHA; ALVES, 2014).

No cenário brasileiro a enfermagem se constituiu sob a representação simbólica. Inicialmente numa conjuntura francesa, que traduziu uma enfermagem muito mais voltada para a área de saúde mental. Posteriormente, com o propósito de atender às necessidades

vivenciadas no Brasil, que não se limitavam a esta área, exigiu-se uma intervenção numa perspectiva higienista, a qual trouxe o modelo americano para a enfermagem brasileira.

Diante dessa demanda surge no início do século XX a enfermagem moderna brasileira, no então governo de Rodrigues Alves, que vivenciava uma crise social, econômica, política e sanitária. Essa enfermagem tinha na Igreja e na medicina suas bases disciplinares e controladoras, que reduzia à mulher a função de mãe, esposa e educadora, sendo sua atuação pública permitida apenas mediante a obediência ao marido e à medicina (COELHO, 2005).

Nota-se mais uma vez a conexão integral da enfermagem com o campo do gênero, pois além de abordar as questões concernentes a figura da mulher, também é possível visualizar a relação de poder presente nesses contextos e que influenciou sobremaneira a enfermagem.

Essas reflexões mostram que as memórias construídas ancoram-se nas concepções constituídas sobre o trabalho feminino com os estigmas presente no mundo das mulheres e associados à vocação, missão divina e ao desejo de servir e ser útil, que têm nas figuras de Florence e Anna Nery as ícones que representam a profissão da enfermagem no mundo e no Brasil, respectivamente.

Essa afirmativa é possível em virtude de ainda percebermos que essas memórias estão presentes na concepção das enfermeiras do nosso estudo ao serem questionadas sobre como se deu a sua aproximação com a enfermagem e como entendem a profissão.

**Então, eu queria alguma coisa que eu pudesse cuidar de alguém, ajudar alguém de alguma forma,** nesse sentido (Enfermeira Iris, grifo nosso).

O desejo de cuidar aparece como o fator preponderante para representar a concepção que a Enfermeira Iris tem sobre a enfermagem. Na perspectiva de Nascimento (1996) as atividades desenvolvidas pela enfermagem se assemelham muito com o trabalho doméstico, cujo cuidado se apresenta como atributo feminino e as pessoas que o desenvolvem com pouco senso crítico sobre a realidade.

Esse fato pode favorecer para uma concepção fetichizada sobre a profissão, uma vez que o trabalho feminino historicamente se desvelou como desvalorizado, submisso e invisível. Desse modo, não podemos deixar de ressaltar que o ato de cuidar, que traduz o trabalho em saúde, não é objeto específico da enfermagem, mas de todos os trabalhadores da saúde. O que pode favorecer e influenciar numa construção social fetichizada das demais profissões que trazem o trabalho em saúde como objeto do seu fazer profissional.

Assim, cultivar a ideia da enfermagem como a arte de cuidar pode favorecer para uma visão romântica e pejorativa da prática do cuidado de forma empírica. Como também pode

favorecer para a petrificação da memória sobre esta profissão como atividade feminina com seus estigmas. Nossa inferência se consubstancia quando percebemos que “esse jogo de desqualificação do fazer feminino segue também os interesses sociais, de modo que ele pode ganhar outras feições se assim for conveniente ao poder constituído” (PASSOS, 2012, p. 19).

Ressaltamos a necessidade de percebermos a enfermagem como a profissão baseada em conhecimento formal e específico, ou seja, como ciência com suas teorias, fundamentos e princípios. Isso pode propiciar um olhar menos estereotipado, menos desvalorizado, ao tempo que pode possibilitar uma nova forma de compreender a profissão.

Entretanto, essa concepção romantizada sobre a enfermagem pode ser percebida na narrativa da Enfermeira Violeta quando apresenta o amor como definição da profissão. Essa concepção apresenta-se próxima da “ideologia cristã, que enfatizava a importância do ato de servir, tanto como forma de salvação de quem o executava quanto como uma maneira de resgatar algumas categorias até então marginalizadas socialmente” (PASSOS, 2012, p. 20).

**Amor ao próximo. À medida que cuidado do outro, aumenta o amor,** a aproximação e compreensão da mesma. [Essa mesma é a enfermagem – destaque nosso] (Enfermeira Violeta, grifo nosso).

Mesmo diante do declínio da ideologia cristã, a concepção estabelecida sobre a sua influência se constituiu de forma tão fortalecida que pode comprometer o processo de transformação e ressignificação dessas memórias. Pois essa ideia não se distancia das demais participantes do nosso estudo ao apresentarem o cuidar, a dedicação e a ajuda como representações que elas instituíram sobre a enfermagem:

**Essa visão do cuidar, essa visão de dedicação, de fazer com comprometimento,** essa visão, é assim... **é uma visão inicial que não se modifica, mas que amplia,** [...] (Enfermeira Rosa, grifo nosso).

[...] queria fazer um curso relacionado a área de saúde, **algo que eu pudesse ajudar as pessoas,** a minha intenção era essa. [...]. Mas na época a gente não sabia muito o que era a realidade de enfermagem. **Era só o pensamento de cuidar, de trabalhar com pessoas. A questão de trabalhar com pessoas.** (Enfermeira Gardênia, grifo nosso).

Ratificamos o quanto ainda é forte essa memória da enfermagem relacionada ao cuidar, ao amor, a ajudar, a servir ao próximo, desenvolvida por seus ícones – Florence e Anna Nery. Essa representação que outrora fora construída sobre a enfermagem permanece fortalecida na lembrança das enfermeiras do nosso estudo, se configurando como uma tradição ao pensar a enfermagem.



Essa tradição constitui a memória coletiva que o grupo de enfermeiras carrega consigo, e evocam sempre que se deparam com situações que exige delas essa lembrança. A partir do momento que não nos é mais possível evocar determinadas lembranças é porque o grupo que as constituiu deixou de existir e, conseqüentemente, a memória deste grupo ou a manutenção dessa memória deixou de ser interessante. Assim sendo, “esquecer um período da vida é perder o contato com os que, então, nos rodeavam” (HALBWACHS, 2003, p.37).

Esse fato não é percebido neste estudo, pois as enfermeiras trazem consigo as memórias que inferimos estar petrificadas ao apresentarem elementos irreduzíveis na sua constituição, e que não proporcionam possibilidade de mudanças ao pensar a profissão de enfermagem.

Uma vez petrificadas essas memórias podemos inferir também que alguns quadros sociais da memória, como a religião, influenciam e auxiliam na regulação dessas lembranças com o propósito de manter acesa a ideia da enfermagem como caridade, vocação, ajuda e serviço ao próximo, porque é interessante aos grupos dominantes a preservação dessa memória para a manutenção da sua hegemonia.

Ancorado na perspectiva weberiana de conceber o trabalho, “o responsável pelo amadurecimento do sistema capitalista no Ocidente seria a religião, que teria a função de solidificar e enaltecer o trabalho, dimensionando-o como um ato vocacional” (MELO JÚNIOR, 2008, p.17). O que corrobora com o entendimento supramencionado.

Ao analisarmos essa realidade na perspectiva da pseudoconcreticidade podemos perceber a existência da intencionalidade na preservação dessa memória, pois para a manutenção da memória social presente em um grupo, necessário se faz manter vivas as referências deste grupo, ou seja, para a organização do trabalho em saúde no contexto da reestruturação produtiva é interessante que as enfermeiras preservem a memória sobre a enfermagem atrelada ao amor, ao cuidar, a ajuda e ao serviço ao próximo. Isso traduz uma forma pseudoconcreta de conceber a profissão e pode implicar em práticas fetichizada ao exercer o seu trabalho em saúde.

Mas seria realmente essa conotação que deveríamos dar a enfermagem, visto que a ideia pode ser interessante ao sistema do capital, principalmente no tocante à organização do trabalho em saúde no contexto da reestruturação produtiva que captura a subjetividade dessas profissionais e as deixa vulneráveis às manobras provenientes deste sistema, principalmente no que se refere à precarização do trabalho e as implicações que este processo pode acarretar na vida do(a) trabalhador(a) ao desenvolver as suas práticas profissionais.

Entretanto, pode-se pensar que existe esperança em visualizar essa realidade por outra lente, pois a enfermagem atualmente tem ampliado o seu conhecimento, utilizando-se da categoria de gênero com modalidades variadas para perceber as relações de poder que perpassam por esta profissão. O que tem propiciado mudanças significativas nas referências de saber e poder subsidiando as resistências e a superação dos percalços da profissão, para a construção de uma nova história (COELHO, 2005).

As relações de poder percebidas nos processos de manipulações e controle da memória devem ser vistas como uma possibilidade que não exclui a existências de outras formas de ver a realidade (PERALTA, 2007). Porém, ressaltamos que esse exercício nos possibilita múltiplos olhares sobre a enfermagem, principalmente no que se refere a memória da enfermagem como atividade feminina. Ou seja, superar os estigmas “que a coloca como dependente, por ser **atividade feminina** e feminina por ser um **fazer manual e desvalorizado** socialmente” (PASSOS, 2012, p. 23).

Porém, destacamos que esse processo não se constitui de forma fácil, visto que a regulação da memória propicia o apagamento e/ou a conservação da mesma sempre atrelada aos interesses dos sujeitos sociais que exercem poder e com isso podem “apagar ou preservar a memória da produção da vida, dos sonhos, das lutas e dos sentimentos” (CIAVATTA, 2012, p.34).

## 2.2 A TRABALHADORA ENFERMEIRA E AS REMINISCÊNCIAS SOBRE A PROFISSÃO DE ENFERMAGEM

Acho que os sentimentos se perdem nas palavras. Todos deveriam ser transformados em ações, em ações que tragam resultados. (Florence Nightingale)

Apresentamos nesta subseção as trabalhadoras enfermeiras que participaram do nosso estudo e suas reminiscências sobre a enfermagem. Isso nos aproximou e nos auxiliou na análise sobre as memórias que estas enfermeiras construíram a respeito da profissão e como essas memórias se apresentam diante da análise crítica da realidade objetiva a qual fazem parte.

Em nosso estudo evidenciamos a face feminina da enfermagem com 100% dos sujeitos que participaram da pesquisa. Esse fato pode também ser ratificada nos estudos de Freitas e colaboradores (2016) cuja maioria dos profissionais de enfermagem é mulher, representando um total de 85%.

Os autores supracitados corroboram com nosso entendimento sobre a necessidade de desenvolvermos estudos aproximando-os da temática de gênero e que abordem as diversas obrigações da mulher na família e na sociedade, e sempre associadas ao trabalho reprodutivo executado no ambiente doméstico (FREITAS et al, 2016).

Não podemos deixar de mencionar que houve avanços no tocante a participação e resistência feminina, principalmente com as conquistas referentes às décadas de 1970 e 1980 – os Conselhos Estaduais da Condição Feminina ou dos Direitos da Mulher, o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher; o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), Delegacias de Defesa da Mulher – no entanto, essas conquistas não garantiram e nem garantem a plena valorização e respeito pela mulher na sociedade (PASSOS, 2012).

Esse entendimento torna-se plausível quando é possível perceber que as mulheres são as trabalhadoras que recebem os piores salários e possuem as jornadas de trabalho mais extensas; são elas também que acumulam o trabalho remunerado com os serviços de cuidados. Essa situação traduz o pano de fundo do processo de incorporação da mulher no mundo do trabalho (IPEA, 2016), o que propicia a importância de um olhar crítico ao analisarmos essa realidade.

Principalmente quando se tem uma política expansionista desenvolvida no Brasil e que implica num crescimento de 300% dos cursos de graduação em enfermagem em um período correspondente a uma década, como já mencionado anteriormente. Essa constatação nos faz pensar no quanto os estudos no campo da memória podem nos auxiliar nessa análise, pois pode desvelar as manipulações, o controle e as intencionalidade na preservação de determinadas memórias em detrimento de outras.

Apresentamos a seguir algumas narrativas que traduzem esse cenário reprodutivo típico do mundo das mulheres, enriquecido de brincadeiras de bonecas e casinha, e vivenciado pelas nossas enfermeiras.

Na minha infância foi muito caracterizada por **brincadeiras com bonecas, casinha**. [...] eram mais brincadeiras que envolviam esse cuidado com bonecas, que eram as crianças, **de mãe e filho**, enfim (Enfermeira Iris, grifo nosso).

Era muito bom, às vezes dá até saudade da infância. Porque assim, eu brincava muito. Fui menina pra **fazer comidinha pra boneca, de brincar de esconder, de pegar, de picula** (Enfermeira Ixía, grifo nosso).

Muito boa a infância, [...] e que as brincadeiras são as brincadeiras de antigamente, sem muita tecnologia, **brincadeiras de bonecas** (Enfermeira Rosa, grifo nosso).

Minha infância foi normal, sem alterações. Tinha as **brincadeiras de boneca**, aquelas brincadeiras de infância mesmo, que até pra lembrar agora

fica meio difícil. Tinha algumas [...] colegas da rua que a gente **brincava, umas brincadeiras de melancia, liso, brincadeira de boneca.** (Enfermeira Gardênia, grifo nosso)

As narrativas desvelam a construção social do papel da mulher, as quais apresentam as brincadeiras que projetarão o trabalho reprodutivo executado no ambiente domiciliar, e a presença do cuidado como característica e responsabilidade feminina.

A construção da identidade do ser homem e do ser mulher tem na família uma importantíssima instituição que influencia nesse processo de formação, seguida da escola que respalda para o fortalecimento dessas identidades, cujas propostas educacionais perpassam por ensinar o que é apropriado para meninas e meninos, como também influencia em suas escolhas e preferências (CUNHA; ALVES, 2014).

Na perspectiva halbwachiana tanto a família, quanto a escola constituem-se importantes marcos da memória, responsáveis pela construção e regulação das mesmas. É diante desse cenário que podemos inferir e ratificar a possibilidade de manipulação e controle da memória.

No entanto, não podemos deixar de mencionar que na perspectiva de memória essas construções sociais do ser homem e do ser mulher podem atender a interesses escusos de dominação e do exercício de poder, e conseqüentemente contribuir para que essas enfermeiras petrifiquem suas memórias e exerçam uma práxis fetichizada ao desenvolverem o seu trabalho em saúde.

O processo de petrificação da memória ocorre quando estas trazem consigo “elementos irreduzíveis”. Esses elementos por sua vez propiciam aos sujeitos perceberem determinada situação como se fosse parte da sua própria essência (POLLAK, 1992). Ou seja, naturalizam as situações, o que dificulta ou impossibilita a ocorrência de mudanças e/ou ampliação dessas memórias e conseqüentemente de suas práticas.

Isso ocorre uma vez que:

[...] o poder que se exerce nas relações de gênero é resultante de representações sobre homens e mulheres, presentes no imaginário social a partir das diferenças biológicas existentes entre os sexos. Essas representações vão integrando um sistema simbólico e de valores carregado de estereótipos que ditam o que é apropriado para homens e para mulheres, sendo neutralizados e veiculados pelas instituições sociais (família, escola, igreja, mídia) e incorporado subjetivamente, influenciando, profundamente, a formação da identidade de gênero. Nesse processo, os homens vão sendo direcionados para o mundo público e da produção, necessitando, para esse fim, de razão, objetividade, poder e liberdade, enquanto as mulheres são direcionadas para espaços privados e de reprodução, para os quais necessitam, sobretudo, de emoção, disciplina, afetividade e obediência a

códigos morais estabelecidos social e culturalmente (COELHO, 2005, p.346).

Entendemos que as construções sociais do ser homem e do ser mulher interferem diretamente na inserção das mulheres no mundo do trabalho, em que as emoções, a afetividade, a disciplina, subordinação e invisibilidade são elementos que se fazem presentes nas profissões tipicamente femininas.

É perceptível uma variação desse contexto em uma das enfermeiras do nosso estudo, que apesar de trazer essa demanda das brincadeiras que traduzem esse cenário reprodutivo, ela faz menção a brincadeiras com trabalho e responsabilidades entre os componentes familiares independente de ser homem ou mulher.

Foi muito assim, **brincadeira com trabalho**. Mesmo em férias meus pais, eles, delegavam funções para todos dentro de casa. Eram cinco filhos, duas mulheres e três homens. E sempre durante o dia, mesmo de férias, **tinha atribuições para cada um fazer, seja homem ou mulher. Cada dia um fazia uma coisa; um varria a casa, outro lavava os pratos, outro passava pano, outro lavava o banheiro, outro lavava as roupas dele e dos outros;** e assim, ia desde pequenininho. E a gente não via isso como uma escravidão e sim como aprendizado. Minha mãe colocava... Inclusive assim, as visitas que chegavam, os amigos da gente também iam na mesma linha. Todo mundo era assim. Então, era uma coisa boa, **muitas brincadeiras com responsabilidade**. Brincava, fazia a bagunça e arrumava (Enfermeira Ixia, grifo nosso).

Essa realidade, a nosso ver, pode trazer uma concepção diferenciada e não naturalizada das definições do ser homem e do ser mulher e suas respectivas construções sociais. Entretanto, não é uma garantia de que haverá mudança na postura dessa enfermeira na ocasião de sua inserção no mundo do trabalho, mas pode suscitar outras possibilidades na construção das memórias do ser homem e do ser mulher, como também no exercício do cuidado para esses sujeitos.

Outras demandas ocorridas na vida das enfermeiras do nosso estudo estão associadas à escolaridade. A maioria cursou fundamental, sendo o segundo grau com formação em magistério, apenas uma das nossas enfermeiras cursou técnico em contabilidade. Salientamos que apenas uma não quis adentrar no detalhamento do seu processo de formação.

A maioria das entrevistadas possuía mais de 19 anos de profissão e fizeram especialização em Saúde Coletiva. No que tange ao tempo de atuação na ESF no município em estudo, salientamos que a metade das enfermeiras trabalhou mais de 10 anos e a outra metade trabalhou entre 05 e 10 anos. O que, a nosso ver, traduz uma aproximação necessária e pertinente com o objeto de estudo.

As idades das enfermeiras variam acima dos 40 anos, apenas uma tem menos de 40 anos. Destaco que duas preferiram não informar a idade. Assim, diante dessa breve apresentação dos sujeitos do nosso estudo adentramos as discussões sobre as reminiscências e aproximação com a profissão vivenciada pelas enfermeiras.

Essas reminiscências trazem consigo as experiências vivenciadas pelas enfermeiras no campo de atuação da enfermagem. Nesse contexto, essas vivências podem constituir-se como elementos irredutíveis (ou não) que auxiliarão na construção e ressignificação das memórias para favorecer as mudanças e/ou preservação das mesmas no tocante à concepção sobre a profissão.

Para tanto, retomamos a concepção que Florence trouxe ao traduzir a enfermagem como um chamamento divino, e que pode ser vista como uma missão divina que dá sentido e significado para a vida de quem a exerce. Nessa perspectiva de dar sentido e significado apresentaremos a seguir a narrativa da Enfermeira Tulipa e como foi a sua aproximação com a enfermagem.

**No começo eu tinha medo** por causa de sangue. **Mas a partir do primeiro semestre eu já fiquei apaixonada pela profissão.** Eu achava a Enfermagem bonita, agora eu achava assim que eu não tinha aptidão pra Enfermagem porque a gente só pensa na questão de acidente, de sangue, de fraturas. Então eu achava a profissão bonita, mas não achava que seria pra mim. [...] **Cada semestre que vinha eu me apaixonava.** Aí passava por emergência me apaixonava, por saúde da mulher e me apaixonava, psiquiatria. Enfim, **eu adoro a Enfermagem.** Eu não sei viver hoje sem ser enfermeira (Enfermeira Tulipa, grifo nosso).

É possível perceber na narrativa acima que o medo inicial foi superado pelo encantamento que a profissão lhe proporcionou. Esse medo pode estar atrelado a um desconhecimento, ou aos estigmas criados sobre as áreas de atuação da enfermagem. E a cada etapa vivenciada, é possível perceber em seu relato que foi uma experiência apaixonante. Traz uma concepção forte na forma de falar, que se traduz na frase final do trecho **“Eu não sei viver hoje sem ser enfermeira”**.

Para a Enfermeira Tulipa, ser enfermeira se apresenta como condição *sine qua non* para viver. Pode-se inferir que a realização dela enquanto pessoa, mulher, mãe, esposa, profissional, entre tantas outras atribuições possíveis, perpassa pelo fato de ser enfermeira. Traz uma magia, um enobrecimento que nos inebria, sai do mundo concreto e habita a pseudoconcreticidade.

Na perspectiva de Kosik (1976, p.11) “o mundo da pseudoconcreticidade é um claro-escuro de verdade e engano. O seu elemento próprio é o duplo sentido”. Desse modo, nos questionamos sobre essa forma de ver a enfermagem presente na narrativa da Enfermeira

Tulipa. Seria realmente essa a realidade vivenciada por ela? O seu sentimento de satisfação é tão evidente que outras questões que envolvem a enfermagem no mundo do trabalho ficam em um plano distante da sua capacidade de visão?

Pode-se inferir que essa concepção ancora-se no chamamento divino apresentado por Florence e que traduz uma compreensão pseudoconcreta de perceber a realidade objetiva à qual faz parte. Com isso, torna-se mais vulnerável a manipulação e, conseqüentemente, às implicações que a precarização do trabalho pode acarretar na vida da trabalhadora.

Quanto mais nítido e evidente o mundo da pseudoconcreticidade se apresente, mais mascarada está a realidade, e conseqüentemente mais fetichizada e manipulada estarão as práticas dos sujeitos que a compõe, naturalizando determinadas atividades e as distanciando dos processos realmente essenciais que compõem a concreticidade.

No entanto, a Enfermeira Ixia ao trazer a sua percepção sobre a profissão não nega a realidade vivenciada pela enfermagem atualmente.

**Pra mim ainda é grandioso.** Pra mim ainda é grandioso. **Eu tenho descoberto a cada dia que passa, com quase 20 anos de formada, que eu ainda sou uma enfermeira a conhecer muito da enfermagem, a aprender muito.** E isso que me dá o gás, que me deu um imenso gás há mais ou menos cinco, seis anos atrás, quando **tive uma grande decepção na enfermagem.** Foi quando eu conheci o outro lado da enfermagem. **Não me arrependo de hipótese nenhuma de ter seguido a área da enfermagem, mesmo com toda dificuldade que hoje a gente vivencia.** De muitos desempregos, da não valorização, o fato da gente ver muitos enfermeiros se vendendo a troco de qualquer emprego, a troco de qualquer salário. Muitas universidades também, muitas faculdades formando enfermeiros, e a gente pega esses estudantes, lá a beira de se formar, e não sabe nem o que é uma enfermagem, não sabe os procedimentos corretos, e ainda assim são formados. Então **isso desestimula a gente.** Hoje eu questiono até os próprios cursos de enfermagem que existem aí. Como é que estão sendo esses cursos? Quais são os critérios de avaliação pra esses alunos, que deixam a gente assim, chateada quando a gente vê que pode ser... Aquela pessoa vai pro mercado de trabalho, aquele aluno vai pro mercado de trabalho e eu vou estar passando um dia, ou eu ou alguém meu vai estar passando por aquele péssimo profissional. **E eu acho que é daí o fato deles se deixarem levar por propostas indecentes de vereadores, de empregos. E daí está o caos da enfermagem, está vindo por conta disso.** A falta de conhecimento, o baixo salário, o desemprego; muitos enfermeiros hoje em balcão, trabalhando como atendente, trabalhando como... Vendendo produtos de beleza (Enfermeira Ixia, grifo nosso).

As narrativas convergem no tocante ao encantamento vivenciado pelas enfermeiras ao exercerem a profissão e o quanto tem a aprender com ela. Entretanto, a Enfermeira Ixia apresenta algumas possibilidades para a nossa reflexão quando menciona sobre a inserção do profissional no mercado de trabalho, e quanto à qualificação/competência do mesmo para o exercício da profissão. Menciona também a desvalorização vivenciada pela enfermagem

atualmente e o desemprego que levam os trabalhadores a sujeitarem-se a situações degradantes e que podem traduzir a precarização do trabalho.

Essa percepção por parte da Enfermeira Ixia foi possível após sofrer uma decepção com a enfermagem. O que a nosso ver possibilitou com que ela ampliasse a sua forma de perceber a profissão, ou melhor, possibilitou com que ela visse “o outro lado da profissão”.

As experiências vivenciadas pela enfermeira supracitada a fez sair da visão pseudoconcreta, das representações comuns sobre a enfermagem. Essas experiências a possibilitou perceber que a enfermagem não se limita ao mundo da aparência, ela é um todo estruturado com seu movimento dialético.

Nesse sentido, podemos inferir que a Enfermeira Ixia apresenta uma visão mais próxima da totalidade que envolve a enfermagem. Essa totalidade explícita, mas também oculta no tocante a profissão de enfermagem, exige o esforço em articular as partes desse todo com seus sentidos e significados através das mediações possíveis e assim poder ir além da aparência do fenômeno (KOSIK, 1976; CIAVATTA, 2012)

Desse modo, a “dialética não considera os produtos fixados, as configurações e os objetos, todo o conjunto do mundo material reificado, como algo originário e independente”, mas envolvido nas mediações possíveis para traduzir a realidade. Com isso, “o pensamento que destrói a pseudoconcreticidade para atingir a concreticidade é ao mesmo tempo um processo no curso do qual sob o mundo da aparência se desvenda o mundo real” (KOSIK, 1976, p. 16).

Ao estabelecer uma relação entre as concepções das enfermeiras Ixia e Tulipa, percebemos que as lembranças trazidas sobre a profissão se assemelham no que se refere ao sentimento de encantamento apresentado por elas, porém se distanciam em virtude das experiências vividas por cada uma.

Logo, o processo de construção das memórias está diretamente ligado às experiências vividas pelos sujeitos que as constitui. São essas experiências que propiciam à memória sofrer atualizações, por trazer lembranças do passado; como também sofrer transformações por colocar elementos novos, experiências outras (HALBWACHS, 2003).

Assim, as lembranças se inter-relacionam para atender as demandas evocadas no grupo. “É preciso que minhas lembranças se renovem e se completem, à medida que me sinto mais envolvido nesse grupo e participo mais estreitamente de sua memória” (HALBWACHS, 2003, p.94-5).



### 2.3 ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DA MEMÓRIA QUE INFLUENCIARAM AS ENFERMEIRAS NA ESCOLHA DA PROFISSÃO

Nas subseções anteriores percebemos que o desejo de cuidar foi preponderante para a maioria das enfermeiras do nosso estudo definir a sua escolha profissional. Percebemos também as relações de poder, de submissão e subserviência vivenciada ao longo da história da enfermagem e presente na concepção das nossas enfermeiras.

Nesta subseção realizamos uma análise sobre a temática da profissão enfermeira(o) por meio da Sociologia das Profissões. Essa área da sociologia que se inscreve no campo das Ciências Sociais a partir de quatro formas assim definidas: Sociologia das Profissões; Profissionalização; Carreira – fenômenos sociais distintos do profissional e Experiências ocupacionais no mercado de trabalho – que não distingue profissão dos termos cunhados pelo senso comum (BONELLI, 1999).

Nessa perspectiva, quatro esferas<sup>6</sup> envolvem e influenciam a temática das profissões, a citar temos: o Estado, o Mercado, a Sociedade Civil e a Comunidade (HOLIDAY, 1995 apud BONELLI, 1999). Diante dessa abordagem é possível visualizar uma aproximação entre a temática das profissões e o campo da memória, visto que essas esferas podem também ser chamadas de marcos ou quadro de memória na perspectiva halbwachiana.

Aqui abordamos como as mediações que representam essas esferas se constituíram no tocante à enfermagem brasileira e, mais especificamente, as enfermeiras do nosso estudo. Para tanto, iniciamos nossa abordagem apresentando a esfera que envolve o Estado e a profissão.

O Estado coopta as profissões para legitimar as suas ações. Assim, é possível perceber a interferência do Estado não só no processo de legitimação de uma profissão (ou não), como também na visibilidade dada a mesma, que pode influenciar na forma como as pessoas a compreendem (HOLIDAY, 1995 apud BONELLI, 1999).

Esse argumento pode ser percebido nas discussões apresentadas no item 2.1, que traz a história da enfermagem, em que o Estado se apresentou como regulamentador da profissão de enfermeira(o) mediante a necessidade da crise vivenciada no início do Brasil República, que culminou na criação da primeira Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros.

Naquela ocasião, o Estado não mais contava com a participação das religiosas que exerciam o cuidado nos hospitais e asilos e necessitava de força de trabalho que pudesse assumir tal função nos referidos locais. Então, em virtude de suas demandas decreta a criação da referida escola, ou seja, cria uma ocupação/profissão para legitimar suas ações.

---

<sup>6</sup> Devemos entender esfera como extensão de atribuições de poder. (AMORA, 2009).

Com isso, ratificamos que:

A construção da história das sociedades é uma questão de memória não no sentido meramente subjetivo, mas no sentido cultural, uma questão da temporalidade da vida e de seu registro. Através da narrativa, da representação, da poesia ou do discurso científico, da historiografia escrita, da produção e da conservação de acervos que resgatam a memória histórica, preservamos o passado, nele nós reconhecemos e projetamos o futuro. (CIAVATTA, 2012, p. 37)

No que tange ao envolvimento de outras esferas (o Mercado, a Sociedade Civil e a Comunidade) apresentaremos alguns motivos que contribuíram para que as enfermeiras do nosso estudo optassem pela profissão.

Desse modo, destacamos a narrativa da Enfermeira Ixia que traz a vivência em família e com amigos como fator essencial para a escolha da profissão.

**Minha irmã já fazia enfermagem.** Aí então foi que **comecei a conhecer a enfermagem através da minha irmã.** [...] E... Eu **tive a oportunidade de conhecer [...] uma técnica de enfermagem antiga**, que era colega de sala de minha irmã. **Ela já trabalhava e fazia enfermagem. Então eu conheci muitos procedimentos da enfermagem com ela.** Muitas vezes eu ia acompanhar minha irmã, buscar, levar em estágios e aí eu via alguma coisa, ouvia os comentários. **O almoço de lá de casa era sempre falando da enfermagem** (risos) (Enfermeira Ixia, grifo nosso).

Notamos na narrativa da Enfermeira Ixia a influência da esfera Comunidade na escolha pela profissão. As comunidades introduzem suas abordagens, compartilham experiências, constroem conceitos, concepções e percepções sobre a profissão (BONELLI, 1999). São os grupos sociais responsáveis pelas construções e regulação das memórias.

Assim, o processo de constituição da memória, de ressignificação, transformação, atualização, apropriação, preservação, utilização e interpretação, é permeado por elementos ideológicos e da visão de mundo de cada um dos sujeitos envolvidos, de seu grupo social como um todo, que compartilham e se reconhecem nesse processo.

É possível inferir que a comunidade propiciou à Enfermeira Ixia uma aproximação com a profissão de enfermagem a partir de experiências vividas por ela no decorrer do curso como também através das experiências vivenciadas pela irmã e pela colega, que ao compartilharem constituiu as memórias daquele grupo.

Os elementos constitutivos da memória são em primeiro lugar:

[...] os *acontecimentos* vividos pessoalmente. Em segundo lugar, são os acontecimentos que eu chamaria de "vividos por tabela", ou seja, acontecimentos vividos pelo grupo ou pela coletividade à qual a pessoa se sente pertencer. São acontecimentos dos quais a pessoa nem sempre participou mas que, no imaginário, tomaram tamanho relevo que, no fim das contas, é quase impossível que ela consiga saber se participou ou não. Se

formos mais longe, a esses acontecimentos vividos por tabela vêm se juntar todos os eventos que não se situam dentro do espaço-tempo de uma pessoa ou de um grupo. É perfeitamente possível que, por meio da socialização política, ou da socialização histórica, ocorra um fenômeno de projeção ou de identificação com determinado passado, tão forte que podemos falar numa memória quase que herdada (POLLAK, 1992, p.2, grifo do autor).

Assim, notamos o quanto a esfera Comunidade contribuiu na escolha da Enfermeira Ixia pela profissão. Ao tempo que corroboramos quando traz a influência dessa esfera na construção do que chamaríamos de memórias sobre a profissão (HOLIDAY, 1995 apud BONELLI, 1999).

Porém, nos questionamos se essas esferas podem se inter-relacionar? Ou seja, se articuladas podem influenciar os sujeitos no conhecimento e escolha de uma profissão? Para responder a esses questionamentos apresentamos a narrativa da Enfermeira Iris.

Eu fiz enfermagem porque, como eu falei há poucos instantes eu sempre gostei das áreas da saúde, as áreas que envolviam biologia; essas ciências que tratavam das questões relacionadas à saúde. **E também naquela época existia, existiu um “BOOM” da enfermagem como um todo;** que a enfermagem estava sendo valorizada naquela época, que antigamente eram mais técnicos de enfermagem. **E aí algumas primas minhas. A minha família quase toda se envolveu com a enfermagem. E aí eu me interessei porque tinha um campo... O campo estava expandindo demais para a contratação de enfermeiros mesmo, nível superior, enfermeiros e não técnicos. [...] E aí foi também pela influência das primas, da família mais uma vez, e pelo campo de trabalho que estava bem aberto na época.** Além da valorização no sentido financeiro, a valorização profissional mesmo do enfermeiro (Enfermeira Iris, grifo nosso).

Nessa narrativa percebemos a influência da esfera Comunidade, quando traz o envolvimento de pessoas próximas do seu convívio familiar vinculadas à profissão, conseqüentemente, incorre no que já abordamos anteriormente. No entanto, percebemos também a presença da esfera Mercado que contribui para o controle e monopólio profissional, implicando numa construção socialmente elaborada sobre a situação da profissão para o mercado de trabalho (HOLIDAY, 1995 apud BONELLI, 1999).

Destarte, ao analisarmos a influência da esfera Mercado podemos inferir sobre a possibilidade da construção de uma visão fetichizada sobre o mercado de trabalho, que está aberto, amplo, que possibilita maior acesso ao emprego, como é possível perceber na narrativa da Enfermeira Iris. Porém, ressaltamos a necessidade de refletir essa situação numa abordagem mais crítica, o que implicará numa compreensão sobre a profissão mais próxima do real.

Com o advento do SUS realmente é notório o crescimento no número de empregos na saúde em virtude da expansão do ‘parque sanitário municipal’, ou seja, com a

municipalização da saúde. Entretanto, os recursos humanos não se constituíram em prioridade para a consolidação do referido sistema, como também a sua “feminilização tornou-se uma marca registrada do setor” (MACHADO, 2005, p.271).

Essa feminilização pode justificar a não valorização dos trabalhadores da saúde, que desenvolvem o ato de cuidar. Visto que o cuidado sempre esteve associado como atividade feminina arraigada de memórias que desvela a subordinação, a desvalorização e a inferiorização presente historicamente no mundo das mulheres e já mencionado anteriormente; mesmo diante de tantas mudanças e conquistas ocorridas neste cenário.

Outra questão que também ressalta a necessidade de olhar esse fato com atenção perpassa pelo

[...] uso intenso e diversificado da mão-de-obra. São mais de dois milhões de trabalhadores atuando em quase sete mil estabelecimentos, em mais de cinco mil municípios. Por outro lado as diversas modalidades de contratação, bem como as jornadas de trabalho estabelecidas de 12, 20, 24, 32, 40 e até 44 horas, por exemplo, fazem do setor uma ‘anarquia institucional organizada’. Somando a esta característica de ‘anarquia institucional’, o SUS se depara hoje com um enorme problema: a precarização do trabalho em áreas essenciais do setor (MACHADO, 2005, p.272, destaque do autor).

Ao aproximarmos esse contexto do campo da memória percebemos que essas influências são possíveis e podem traduzir o mundo da pseudoconcreticidade, em que as interferências e as manipulações nas escolhas dos sujeitos se traduzem numa práxis fetichizada carregada de ideologia, como também pode mascarar ou esconder problemas como é a questão da precarização do trabalho. Percebemos isso, pois:

**Todos sabem que até as datas oficiais são fortemente estruturadas do ponto de vista político. Quando se procura enquadrar a memória nacional por meio de datas oficialmente selecionadas para as festas nacionais, há muitas vezes problemas de luta política.** A memória organizadíssima, que é a memória nacional, constitui um objeto de disputa importante, e são comuns os conflitos para determinar que datas e que acontecimentos vão ser gravados na memória de um povo (POLLAK, 1992, p.4, grifo nosso).

Essa passagem do autor supracitado nos faz atentar para uma possível manipulação dos fatos, das datas, dos acontecimentos, entre outros; que no caso da Enfermeira Isis podemos inferir que pode estar havendo uma manipulação do mercado de trabalho que encontra-se aberto para acolher os interessados em se profissionalizar na enfermagem. Esse contexto pode traduzir disputas de poder e necessidades em atender a demandas emergentes vivenciadas pelo Estado no campo da saúde, como vimos anteriormente com a criação da Escola de Enfermagem no cenário brasileiro.

Então as influências do Estado, da Comunidade e do Mercado em conjunto com a temática das profissões se inter-relacionam e atendem aos interesses de grupos dominantes, favorecendo para despertar e/ou mascarar a realidade, como também pode implicar na forma como essa profissão constrói e traduz a sua identidade.

A influência dessas esferas provoca a constituição de memórias coletivas e sociais, como também pode implicar numa percepção fetichizada da realidade objetiva presente no mundo do trabalho, e conseqüentemente, podem comprometer na forma como as enfermeiras compreendem essa situação.

Para Pollak (1992, p.4, grifo do autor) “[...] a memória é um fenômeno construído.” E no seu entendimento isso se dá mediante um processo consciente e/ou inconsciente. O que para nós se apresenta como um possível processo de vulnerabilidade para adentrar o mundo da pseudoconcreticidade, capturar a subjetividade dos indivíduos, ratificando as suas formas pseudoconcretas de perceberem a profissão e o mundo à sua volta.

### **3 POLÍTICAS DE SAÚDE E A ENFERMAGEM NO BRASIL: ENTRE A HISTÓRIA E AS MEMÓRIAS**

A função da política é lutar por um mundo melhor e também buscar permanentemente as inevitáveis diferenças. A função da política não é aplastar. A função da política é negociar as inevitáveis diferenças que se apresentam na sociedade. (José Alberto Mujica Cordano).

Para a construção desta seção, fizemos uma incursão na história das políticas de saúde, como também das ações e serviços de saúde desenvolvidos no Brasil e o momento de oficialização da enfermagem como profissão, com o propósito de conhecermos e identificarmos as memórias constituídas ao longo do tempo sobre o trabalho em saúde.

Isso nos permitiu conhecer onde ancoram as memórias das enfermeiras sobre trabalho em saúde, o que subsidiou na análise da compreensão que as enfermeiras da Estratégia Saúde da Família têm sobre a relação existente entre o trabalho em saúde e a precarização do trabalho.

Porque é:

No trato prático-utilitário com as coisas – em que a realidade se revela como mundo dos meios, fins, instrumentos, exigências e esforços para satisfazer a estas – o indivíduo ‘em situação’ cria suas próprias representações das coisas e elabora todo um sistema correlativo de noções que capta e fixa o aspecto fenomênico da realidade (KOSIK, 2002, p. 14).

Desse modo, para um melhor entendimento dividimos essa seção em subseções que abordam os antecedentes históricos das intervenções do Estado na Saúde e as memórias sobre o trabalho em saúde; o SUS como Política atual de produção do cuidado no campo da saúde, e a Estratégia Saúde da Família: uma realidade em questão.

#### **3.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DAS INTERVENÇÕES DO ESTADO NA SAÚDE E AS MEMÓRIAS SOBRE O TRABALHO EM SAÚDE**

O Estado brasileiro trouxe e ainda traz o processo de produção como pano de fundo para pensar suas propostas de trabalho em saúde através de políticas, ações e/ou serviços de saúde que possam minimizar os impactos no mercado externo. Essa visão fragmentada e desarticulada de pensar e agir no processo de formação e organização do Estado pode traduzir uma práxis fetichizada da realidade.

Nessa perspectiva, percebemos que a realidade que se apresenta no contexto da relação entre o Estado brasileiro e o trabalho em saúde pode traduzir o mundo dos fenômenos externos, das representações comuns criadas pelos sujeitos que o compõem sob a influência ideológica de classes dominantes.

Esse entendimento é reforçado quando percebemos que a práxis:

[...] é historicamente determinada e unilateral, é a práxis fragmentária dos indivíduos, baseada na divisão do trabalho, na divisão da sociedade em classes e na hierarquia de posições sociais que sobre ela se ergue. Nesta práxis se forma tanto o determinado ambiente material do indivíduo histórico, quanto a atmosfera espiritual em que a aparência superficial da realidade é fixada como o mundo da pretensa intimidade, da confiança e da familiaridade em que o homem se move ‘naturalmente’ e com que tem de se avir na vida cotidiana (KOSIK, 2002, p. 14-5).

Podemos entender com isso que o mundo pseudoconcreto é arraigado de memórias que subterfugiam e muitas vezes escondem ou mascaram o discurso da classe dominante que tem como propósito controlar e manipular os trabalhadores.

Então, para entender e melhor elucidar essa realidade, fizemos uma incursão na história das Políticas de Saúde brasileira, buscando conhecer como se deu a intervenção do Estado na formulação das políticas de saúde e como o trabalho em saúde se configurou nesses contextos.

Dividimos aqui a história das Políticas de Saúde em três grandes momentos da história do Brasil. O Brasil Colônia, o Brasil Império e o Brasil República. Diante dessa divisão histórica tentamos elucidar como o Poder Público ou o Estado influenciou o desenvolvimento do trabalho em saúde.

Importante ressaltar e retomar o conceito de trabalho em saúde apresentado na introdução do nosso estudo, o qual perpassa pelo ato de cuidar da vida preservando-a. Esse trabalho em saúde se constitui em um trabalho vivo em ato, considerado aquele que é produzido e consumido simultaneamente, determinando assim a produção do cuidado (MERHY; FRANCO, 2005; 2008).

Ressaltamos ainda que o trabalho vivo não acontece de forma isolada, mas interage todo o tempo com diversos tipos de tecnologias – instrumentos, normas, máquinas – resultando num processo de trabalho que culminará no modo de produzir o cuidado. Essas tecnologias podem propiciar processos criativos, centrados nas relações, ou processos presos à lógica dos instrumentos duros (MERHY; FRANCO, 2005; 2008).

Assim, o trabalho em saúde ao ser sistematizado no processo de trabalho subsidia o uso de tecnologias materiais e imateriais (MENDES-GONÇALVES, 1992). Ou seja, o uso de

tecnologias que podem ser classificadas como leves ou tecnologia das relações, que envolvem a produção de vínculo, a autonomização, o acolhimento; pode ser classificado também como tecnologias leve-duras que envolvem saberes estruturados; e como tecnologias duras que envolve os equipamentos tecnológicos, as normas e as máquinas (MERHY, 2007).

Após essa breve abordagem sobre o trabalho em saúde, é interessante adentrarmos a história das políticas de saúde, ressaltando os momentos mencionados anteriormente, os quais nos possibilita evidenciar a implementação de dois modelos de atenção à saúde que traduzem o desenvolvimento do trabalho em saúde no cenário brasileiro – o modelo Sanitarista Campanhista e o modelo Médico Assistencial Privatista (PAIM, 1993). Esses modelos de atenção à saúde vigoraram, e podem estar vigorando nas reminiscências das(os) enfermeiras(os) e demais trabalhadores de saúde até os dias atuais.

No período do Brasil colônia, o trabalho em saúde era desenvolvido por pessoas que praticavam a arte da cura como os médicos cirurgiões, as parteiras, os boticários, os curandeiros, entre outros, que encontravam nos órgãos competentes, que compunha o poder público, as autorizações devidas para o exercício legal do cuidar. Essas autorizações determinavam o local e o tempo de atuação dos sujeitos que tinham experiência comprovada (SCOREL; TEIXEIRA, p. 334, 2008). Somente com a chegada da Corte portuguesa às terras brasileiras em 1808 é que esse contexto apresentou transformação.

Nessa época criam-se as primeiras instâncias de saúde pública no Brasil – Fisicatura--mor e Provedoria-mor, responsáveis pela fiscalização e aplicação de multas para os trabalhadores da saúde ou da arte de curar que exercessem ilegalmente a sua prática. Esses órgãos públicos também garantiam a salubridade da corte através da fiscalização dos navios e portos, respectivamente (SCOREL; TEIXEIRA, 2008) com o propósito de qualificar o processo de exportação.

Com a proclamação da independência brasileira em 07 de setembro de 1822 algumas mudanças passam a ser adotadas. E no início do império, por volta do ano de 1828, a Fisicatura é extinta e as ações de saúde ficaram sob a responsabilidade das câmaras municipais existentes em diversas regiões do país, que atuavam de forma descentralizada agindo de acordo com os interesses e as necessidades locais, determinadas pela classe senhorial. As ações se limitavam à vacinação antivariólica em períodos de epidemia e à salubridade dos municípios com o controle na entrada de escravos doentes, expulsão de acometidos de doenças contagiosas dos centros urbanos, medidas de purificação do ambiente com cremação de ervas e destruição de lixo (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).



Percebemos nesse contexto de início do período imperial, as primeiras experiências de descentralização das ações e serviços de saúde no cenário brasileiro, em que o poder público delegava responsabilidade às câmaras municipais para intervir frente às necessidades da população dos centros urbanos, principalmente a partir do interesse da classe dominante.

Ressaltamos também que essas ações eram limitadas e incipientes no tocante à manutenção da salubridade das áreas urbanas dos grandes centros, e inexistente no que se refere à assistência médica individualizada e ofertada à população, o que nos permite inferir que a saúde da população não fazia parte do rol dos interesses da classe dominante, pois só quem tinha direito a esse tipo de serviço era quem podia pagar por eles.

Somente a partir da década de 1840, com a crise sanitária e a centralização do poder imperial, os municípios tiveram sua autonomia diminuída, limitando-se ao processo de vacinação e às atividades de fiscalização dos serviços de vacina antivariólica, no contexto em que as epidemias de febre amarela e varíola se tornaram mais frequentes e comprometiam a visibilidade externa do Império.

Essa situação se deu por alguns motivos, entre eles citamos: a instituição de um modelo centralizado para as atividades de saúde, propiciando uma intervenção normativa do poder central, ficando para os municípios a responsabilidade de angariar recursos e implementar as ações; a incapacidade do governo central em estabelecer uma relação de trabalho conjunta com as províncias; e a falta de disposição em favorecer a transferência de recursos, mesmo em situações de epidemias (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Nesse período também houve a ampliação da mão-de-obra na agricultura cafeeira o que implicou em uma nova reforma nos serviços de saúde, com a criação do Conselho Superior de Saúde formado pela Inspetoria Geral de Higiene e a Inspetoria de saúde dos portos em substituição à Junta Central de Higiene Pública e Instituto Vacínico (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Esse fato, para nós ratifica, mais uma vez, que a principal preocupação do governo central estava diretamente ligada ao fortalecimento da economia e aos interesses da classe dominante, ficando de fora os trabalhadores e a saúde da população.

Desse modo, nos é possível ratificar a práxis fetichizada implementada no Império brasileiro, pois não trazia em seu trabalho em saúde uma preocupação com a saúde da população numa perspectiva ampliada, mas sim uma prática unilateral e limitada ao ambiente e aos interesses de grupos dominantes, visto que os órgãos instituídos tinham como foco principal das ações o controle higienista dos centros urbanos e dos portos, ficando o resto do país desassistido.

Para ratificar esse entendimento ressalta-se que:

Apesar da ampliação das atividades de saúde no final do período imperial, as estruturas dos serviços de saúde continuavam as mesmas, fortemente relacionadas à capital do Império e dando as costas para o resto do país. Tal situação deixava em penúria a maioria dos municípios, sendo exceção somente os mais ricos (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p.337).

Salientamos que, no momento que antecedeu à proclamação da república brasileira o mundo passava por transformações significativas com o advento da segunda Revolução Industrial, que trouxe mudanças tecnológicas e favoreceu pensar em melhorias nas condições de vida das pessoas, principalmente para a saúde, pois vivenciava o fortalecimento da microbiologia.

Notamos nesses períodos históricos supramencionados que o trabalho em saúde se configurou numa perspectiva voltada ao uso das tecnologias leve-duras e duras. Não que isso não tenha que acontecer, mas precisávamos perceber também a presença dos processos criativos, centrados nas relações, o que poderia traduzir uma real preocupação com a saúde da população.

Com a decadência do império, o Brasil vivenciou a proclamação da república e o intenso dinamismo da economia agroexportadora, em que o café era o principal produto exportado e a classe dominante passou a ser os grupos políticos ligados ao crescimento da economia cafeeira (SCOREL; TEIXEIRA. 2008).

Diante desse cenário de grandes transformações, o trabalho em saúde não acompanhou o processo, visto que a maior inovação se deu com a obrigatoriedade da vacinação contra varíola em todo território brasileiro, juntamente com a criação de um rol de doenças que deveriam ser obrigatoriamente notificadas, ou seja, de notificação compulsória como febre amarela, cólera, peste, difteria, escarlatina e sarampo (COSTA, 1985).

Ressaltamos que em 1896 a Saúde Pública brasileira vivenciou uma nova reforma com a criação da Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP), órgão temporário e de caráter emergencial, que tinha a responsabilidade de dar respostas aos problemas de saúde que ultrapassassem as competências dos estados e municípios. Esse órgão era vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores e assumia os serviços sanitários dos portos, a fiscalização pelo exercício da medicina e farmácia, os estudos sobre as doenças infecciosas, a organização estatística e demográfica sanitária, e o auxílio aos estados em momentos de epidemias (COSTA, 1985).

É possível perceber que mesmo com toda essa mudança no agir e organizar o Estado, o foco para pensar as propostas do trabalho em saúde continuava o mesmo – o processo de

produção e o interesse dos grupos políticos a ele vinculado – traduzindo a permanência da práxis fetichizada com ações limitadas e focais, em que a classe trabalhadora dessa área tinha pouca ou nenhuma expressividade na definição das propostas.

Essa nossa ideia se fundamenta no fato da Diretoria Geral de Saúde Pública atuar na vigilância sanitária dos portos, nos ambientes urbanos, no controle das epidemias e na fiscalização dos profissionais que exerciam a arte da cura - muda-se o contexto e persistem a práxis fragmentária dos indivíduos - traduzindo assim o mundo da pseudoconcreticidade.

Porque:

As políticas de saúde pública se caracterizariam, [...], por se articularem aos interesses econômicos e políticos das classes dominantes nacionais. As práticas sanitárias visariam, fundamentalmente, o controle de um conjunto de doenças que ameaçava a manutenção de força de trabalho e a expansão das atividades econômicas capitalistas [...] (COSTA, 1985, p.12)

Existe então uma preocupação em preservar a saúde da força de trabalho. Mas não notamos propostas efetivas para atender aos interesses da classe trabalhadora, nem o seu envolvimento no processo de pensar as políticas e implementar o trabalho em saúde. Com isso, ressaltamos que as memórias sobre o trabalho em saúde podem se apresentar como simulacros que muitas vezes escondem o verdadeiro discurso da classe dominante, e somente no mundo concreto podemos perceber como esse processo de manipulação acontece, ou seja, o que deve ser lembrado e o que deve ser esquecido no mundo do trabalho em saúde.

As intervenções no campo do trabalho em saúde continuaram a atender aos interesses da classe dominante e a manter a mesma característica em atender ao fortalecimento da economia. Cada estado adotava princípios e ações específicas a depender dos seus interesses, alguns com sucesso como no caso de São Paulo e outro menos como foi com o Rio de Janeiro.

Em 1919 com a instituição do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em substituição do Departamento Geral de Saúde Pública (DGSP) novas demandas passaram a fazer parte das deliberações do Estado, entre elas temos:

[...] a regulação da venda de produtos alimentícios, para o controle das infecções gastrointestinais (maior causa de mortalidade infantil no país); a normatização das construções rurais, para impedir a proliferação da doença de Chagas e outros males; a regulamentação das condições de trabalho das mulheres e crianças; a fiscalização de produtos farmacêuticos; e a inspeção de saúde de imigrantes que chegavam em nossos portos. Além desses aspectos, o Estado, através do DNSP, passou a se responsabilizar pela elaboração de estatísticas demográfico-sanitária em nível nacional e pela produção de soros, vacinas e medicamentos necessários ao combate das epidemias que afetavam o país. (ESCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 355)

Assim, a criação do DNSP traria:

[...] mudanças importantes na prática estatal no campo da saúde coletiva no Brasil. Significou um momento de ampliação da iniciativa pública sobre problemas sanitários em correspondência aos problemas assinalados no país nas duas primeiras décadas deste século (COSTA, 1985, p.100).

Percebemos que a criação do referido departamento foi o divisor de águas tanto para a enfermagem moderna brasileira quanto para o trabalho em saúde implementado pelo Estado, pois foi esse Departamento que oficializou a formação de enfermeiros no Brasil<sup>7</sup>, como também ampliou o seu escopo de atuação em todo território nacional, sem tirar a autonomia dos estados e municípios, deliberando medidas de saúde com ações continuadas, diferente das sugeridas e implementadas pelo seu antecessor DGSP que tinha um caráter altamente emergencial e ligado às epidemias e aos centros urbanos.

Notamos com isso, que as intervenções do Estado brasileiro no tocante ao trabalho em saúde sempre estiveram relacionadas às práticas higienistas e sanitárias, que porventura comprometessem o fortalecimento da economia agroexportadora, e que traduz as ações e serviços do Modelo de Atenção Sanitarista-Campanhista, cuja memória perpassa por essa construção social.

Porém, em 1923, com a instituição da Lei Eloy Chaves, é que essa prática se amplia, pois traduz as intervenções iniciais do Estado na assistência médica e previdenciária, contribuindo para que essas bases formassem futuramente a Previdência Social e consequentemente influenciariam a implementação do novo Modelo de Atenção Médico Assistencial Privatista.

A referida lei instituiu as primeiras Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), tidas como entidades autônomas semipúblicas, em que empregados e empregadores contribuía para a formação de um fundo de reserva previdenciário, e eram também os responsáveis pela sua gestão, sendo o envolvimento do poder público, na condição de controle externo, responsável apenas por minimizar conflitos que porventura viessem existir entre o segurado e as CAPs. Esses recursos poderiam ser destinados para fins de aposentadoria por idade, tempo de serviço e invalidez ou aos dependentes em caso de morte do trabalhador; e em algumas CAPs era possível também obter assistência médica (ALMEIDA; CHIORO; ZIONE, 2001; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

---

<sup>7</sup> Como vimos na seção que versa sobre a história da enfermagem no Brasil.

Em conformidade com a referida lei percebemos que os benefícios dos segurados eram mais ampliados e perpassavam por direitos que não foram explicitados no parágrafo acima, tais como:

1. [...] **socorros médicos em casos de doença em sua pessoa ou pessoa de sua família, que habite sob o mesmo teto e sob a mesma economia;**
2. [...] **medicamentos obtidos por preço especial determinado pelo Conselho de Administração;**
3. aposentadoria;
4. [...] pensão para seus herdeiros em caso de morte (BRASIL, 1923, grifo nosso).

Então, é possível perceber que a assistência médica e farmacêutica começa a aparecer no rol das ações e serviços prestado pelo Estado brasileiro. Porém com uma ressalva – a característica principal que a assistência médica sempre teve não mudou, pois continua destinada a quem podia pagar, trazendo como diferencial a inclusão da classe trabalhadora assegurada pelas CAPs.

Nesse cenário a classe trabalhadora começa a participar das demandas que envolvem os setores de produção, cuja participação torna-se peça importante nesse processo. Porém, voltamos a ressaltar que no mundo da pseudoconcreticidade as memórias constituídas escondem os verdadeiros discursos das classes dominantes.

Em 1933, na gestão de Vargas, essas CAPs se transformam em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) organizados por categorias profissionais, em que a característica inicial da relação direta entre empregado e empregador se amplia, e passa a ser mediado pelo Estado brasileiro que também se torna contribuinte.

[...] dessa forma, o Estado, através do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, passou a funcionar como intermediário entre consumidores que pagavam cotas e taxas e previdência. Essa mudança, que supostamente introduzia o financiamento tripartite da previdência (empresas, empregados e União), na prática não ocorreu, acumulando a União uma dívida com as instituições previdenciárias. (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 359)

Diante desse contexto supracitado podemos inferir que o Estado pretendia estar mais próximo daquela movimentação que ocorria nas CAPs. Pois angariavam muitos recursos, envolviam os trabalhadores e empregadores, e principalmente por favorecer ao desenvolvimento econômico com a manutenção da força de trabalho através da assistência médica tão importante para aquele período de crescimento industrial e consequente adoecimento relacionado ao trabalho.

No entanto, não podemos deixar de mencionar que o adoecimento dos trabalhadores comprometeria o crescimento da economia industrial que necessitava manter ativa a capacidade produtiva do trabalhador e assim atender as exigências do mercado.

Os recursos financeiros dos IAPs contribuíram fortemente para o desenvolvimento da indústria e do capitalismo nacional. Ao tempo que “A Capitalização da Previdência transformou-a em sócia privilegiada do Estado, das empresas estatais que começaram a surgir e das privadas que destas dependiam” (ALMEIDA; CHIORO; ZIONE, 2001, P. 23).

O que evidencia o interesse do Estado brasileiro nessas instituições e corrobora com a manutenção da realidade naturalizada presente no mundo da pseudoconcreticidade, em que a memória sobre o trabalho em saúde agora voltada para uma assistência médica e hospitalocêntrica passa a ser absorvida pela sociedade.

Foi no governo de Vargas que novas mudanças aconteceram com a criação do Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) em 1930. Esse ministério consolidou o Departamento Nacional de Educação e o Departamento Nacional de Saúde e tinha a sua atuação voltada para as demandas do Distrito Federal, sendo as demandas das outras regiões do país dirigidas pelo Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social, que atuava na coordenação das diretorias estaduais. (SCOREL; TEIXEIRA, 2008)

Essas mudanças, porém, não foram efetivas para causar impacto no trabalho em saúde. E a justificativa possível para essa situação é que:

[...] o Mesp somente deu continuidade às ações do antigo DNSP, chegando a suprimir algumas atividades realizadas por seu predecessor. Convivendo com uma constante alternância de seus dirigentes, o ministério ficou refém das instabilidades políticas decorrentes das disputas entre as diversas forças que haviam se aliado em torno do novo regime. (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 361)

Percebe-se nesse cenário que os interesses perpassavam pela disputa de poder dos grupos dominantes, e a saúde da população, mais uma vez, ficava em segundo plano. O trabalho em saúde se limitava às demandas sanitárias como mencionado na citação anterior e que por ventura comprometesse a economia. Mesmo no tocante à assistência médica que estava vinculada aos IAPs, com ressalva para quem podia pagar por esses serviços.

Não podemos deixar de mencionar que:

O objetivo das políticas de saúde pública não foi proteger a totalidade dos habitantes do país dos surtos epidêmicos e doenças parasitárias nem sua finalidade foi recuperar a saúde do comum dos homens. [...] o ritmo, extensão e intensidade das ações sanitárias obedeceram a critérios predominantemente utilitários, definidos a partir dos interesses dos grupos dominantes internos ou pela expansão do capitalismo em escala internacional (COSTA, 1985, p.12).

Em 1937 é possível perceber mudanças no Mesp, as quais compunham a implementação do regime ditatorial conhecido com Estado Novo, proposto por Vargas e o grupo que fazia parte do seu governo, em que a ideia era recuperar a centralização das ações e

serviços de saúde em todo território nacional com o objetivo de normatizar e uniformizar essas ações, tendo os estados como os espaços de acompanhamento para o combate e controle de diversas doenças, e os municípios teria sua autonomia suprimida (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Nesse período, o MESP foi reformulado e passou a se chamar Ministério de Educação e Saúde (MES), que incorporou o Departamento Nacional de Saúde e Assistência Médico-Social órgãos responsáveis em dar suporte às diretorias estaduais. É possível visualizar essa característica centralizadora adotada pelo Estado Novo, em que as intervenções estavam direcionadas para doenças específicas.

Ainda em 1937, surgiu o Serviço Nacional de Febre Amarela e, em 1939, o Serviço de Malária do Nordeste – ambos em convênio com a Fundação Rockefeller. [...]. Foram criados os Serviços Nacionais de Saúde da Peste, da Tuberculose, da Febre Amarela, do Câncer, da Malária, de Doenças Mentais, de Educação sanitária, de Fiscalização da Medicina, de Saúde dos Portos, de Bioestatística e de Água e Esgotos. Todos os serviços nacionais relacionados ao combate e controle de doenças tinham sua equipe específica nos estados, normas e orientações definidas e disputavam entre si os recursos financeiros que, dependendo da conjuntura sanitária, eram mais ou menos concentrados nas ações de erradicação ou controle de uma determinada doença. Os serviços deveriam atuar em conjunto com as delegacias federais e com os órgãos locais, mas, em verdade, cada um desses núcleos era uma instância de poder burocrático em disputa permanente com os demais (SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 363).

Na verdade o que é possível perceber são as intervenções no plano da saúde voltadas às demandas específicas, um controle econômico na liberação dos recursos para sanar esses problemas de saúde. Fato que gerava uma competitividade entre os estados e os serviços de saúde.

Diante desse cenário nos questionamos: como pensar em normatizar e unificar as deliberações nos serviços de saúde visto que as necessidades variavam com as realidades de cada estado?

Assim, ratificamos mais uma vez, que a saúde da população continuava em segundo plano, e numa concepção fragmentada e compartimentalizada. Pois as intervenções ocorriam para propiciar o oferecimento de serviços que atendessem às doenças específicas, com desenvolvimento de ações independentes e sem inter-relações entre si.

Ainda em 1937 a mesma Lei que instituiu a MES, instituiu também as Conferências Nacionais de Educação e as Conferências Nacionais de Saúde (CNS). No entanto, as primeiras conferências só aconteceram quatro anos depois, ou seja, em 1941; e o objetivo primordial no campo da saúde perpassava pelo controle federal das ações e serviços de saúde

desenvolvidos pelas instâncias estaduais através da socialização de informações que pudessem direcionar a alocação dos recursos financeiros (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

O Decreto 6.788 de 30 de janeiro de 1941 que convoca a 1ª CNS traz os seguintes pontos de pauta:

- a) Organização sanitária estadual e municipal;
- b) Ampliação e sistematização das campanhas nacionais contra a lepra e a tuberculose;
- c) Determinação das medidas para desenvolvimento dos serviços básicos de saneamento;
- d) Plano de desenvolvimento de obra nacional de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 1941).

Mais uma vez percebe-se a fragmentação e compartimentalização dos serviços de saúde, que atende a grupos específicos que demandavam necessidades de atenção. Isso pode ratificar a inferência anterior quanto ao foco das especialidades nos serviços de saúde. Visto que a convocatória traz as demandas relacionada a saúde da mulher, da criança e do adolescente; serviços esporádicos de tuberculose e lepra, hoje denominada hanseníase; e serviços básicos de saneamento.

Essa nova forma de conceber as ações e serviços de saúde pode ter propiciado a construção de uma memória sobre o trabalho em saúde voltada ao atendimento de grupos populacionais e/ou a doenças e agravos específicos.

As políticas de saúde pública no Brasil foram instituídas, sob a influência das propostas das sociedades capitalistas europeias para garantir a produtividade e assegurar o crescimento populacional com o propósito de reforçar o Estado capitalista brasileiro, e que essas intervenções devem ser vistas como estratégias de fortalecimento das classes dominantes (COSTA, 1985).

O que pode justificar as deliberações voltadas à saúde materno-infantil e do adolescente, e as voltadas ao controle de doenças em epidemia; com isso evidenciam-se os discursos escusos da classe dominante e do Estado.

Depois desse momento histórico não houve intervenções expressivas no contexto do trabalho em saúde. Em 1948, durante o governo Dutra, foi elaborado o Plano Salte e aprovado em 1950, cujo foco estava na Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, e deveria ser implementado no período referente aos anos de 1950 a 1954, em que os recursos destinados ficaram assim distribuídos: Transporte com 57%, e os demais setores uma variação entre 13% e 16%. O que evidencia os setores preteridos pelo Estado (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Esse Plano só foi implementado no segundo governo de Vargas (1951-1954) que se caracterizou pela sedimentação do Populismo como modalidade de relação entre Estado e



sociedade (SCOREL; TEIXEIRA, 2008). Nesse governo as propostas no campo da saúde perpassaram por:

[...] endemias rurais, à tuberculose e à extensão dos serviços médicos hospitalares até as comunidades rurais (já que nos centros urbanos a perspectiva era de expandir os serviços de assistência previdenciários) e, sem muitos detalhes mencionava também saneamento, alimentação, assistência materno-infantil e educação sanitária. Porém, as transformações ocorridas durante o segundo governo Vargas ficaram limitadas aos rearranjos institucionais (SCOREL apud SCOREL; TEIXEIRA, 2008, p. 372).

Essa citação só corrobora com as reflexões por ora desenvolvidas. E desvela as intenções do Estado sobre o trabalho em saúde. Porém, o maior feito nessa área de atuação do Estado foi à criação do Ministério da Saúde (MS). No entanto, esse fato se caracterizou por uma inconstante mudança em seus dirigentes, pois o mesmo se constituiu como objeto de barganha política – 14 ministros em um período de dez anos (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Esse cenário nos reporta ao período em que o MESP foi criado, e que as disputas de poder das classes dominantes se constituíram como forte aliado para limitar a sua atuação. Pensar que em dez anos houve 14 dirigentes á frente do principal órgão que institucionalizava a Saúde Pública Nacional é ratificar que ela, a saúde, sempre foi vista em sua aparência, e sempre foi utilizada como massa de manobra para o fortalecimento da economia de seus grupos políticos.

Na primeira década da Ditadura Militar, compreendida entre o período de 1964 a 1974, o cenário político no Brasil encontrava-se sensível em virtudes das demandas que emergiam como diminuição da liberdade através das censuras, diminuição dos direitos civis e políticos e o aumento das desigualdades sociais.

O saldo dos dez anos de regime militar foi a concentração de renda, o arrocho salarial, com perda do poder aquisitivo do salário mínimo, o aumento dos preços, a diminuição da oferta de alimentos, o **colapso dos serviços públicos** de transporte e **saúde**, enfim, **as precárias condições de vida de uma grande parcela das populações urbanas** (SCOREL, 2008, p. 388-9, grifo nosso).

Nesse período o trabalho em saúde ficou sob a responsabilidade dos estados, atendendo à prerrogativa do Modelo Médico Assistencial Privatista, em que os IAPs se unificaram formando o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que instituiu uma centralização administrativa e financeira, como também favoreceu a uma unificação dos direitos dos segurados em todo território nacional (ALMEIDA; CHIORO; ZIONE, 2001; SCOREL, 2008).

Destaca-se que:

A criação do INPS, em 1966, configurou uma medida de racionalização administrativa sem alterar a tendência do período anterior de expansão dos serviços, em particular da assistência médica e da cobertura previdenciária. A função de capitalização, até então atribuição da previdência social, passou para outros mecanismos de poupança compulsória, como FGTS, PIS e Pasep. Dessa forma, centralizada e unificada no INPS, a previdência passou a ter a função assistencial e redistributivista, ainda que esta estivesse limitada ao contingente de trabalhadores com carteira assinada (SCOREL, 2008, p. 389).

Paralelo a esse cenário brasileiro de implementação do Modelo de Atenção previdenciário, os Estados Unidos da América implementava propostas de cunho preventivo para pensar o seu Modelo de Atenção à Saúde. Acreditamos que isso se deu em virtude da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) já estar desenvolvendo um programa de medicina comunitária de custos simplificados nos países da América Latina (SCOREL, 2008).

Essas influências propiciaram os ensaios para iniciar as articulações do Movimento Sanitário no Brasil, que contou com a criação dos Departamentos de Medicina Social nas universidades. Reforçam a busca por uma articulação entre a produção do conhecimento e a prática política, ganharam expressividade no campo das políticas públicas como arena privilegiada de atuação, e fortaleceria o processo de democratização do país e das organizações da sociedade civil (SCOREL, 2008).

O Movimento Sanitário se constituiu por três grupos sociais: o primeiro formado pelo movimento estudantil e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES); o segundo pelos profissionais da renovação médica e residentes em medicina; e o terceiro grupo pelos docentes universitários que estavam envolvidos com pesquisa. (SCOREL, 2008).

Toda essa movimentação se apresenta na contramão dos Modelos de Atenção à Saúde, até então apresentados, pois os mesmos tinham um caráter excludente e distante das necessidades de saúde da população. Porém, esse movimento só ganhou força em meados da década de 1980, que culminou no Movimento de Reforma Sanitária. Nesse interim, o Estado Brasileiro continuava a desenvolver ações de saúde para populações específicas.

Como exemplos de ações limitadas e específicas que o poder público desenvolvia podemos citar: o Plano de Localização de Serviços de Saúde (PLUS), o Projeto Montes Claros (PMC) e o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). O primeiro tinha o objetivo de planejar a expansão física dos serviços de saúde da Previdência Social; o segundo atuou de forma limitada no Estado de Minas e no final de 1978 incorporou ao PIASS; esse último caracterizou-se por implantar em comunidades de até 20 mil habitantes, da região nordeste, estruturas básicas de saúde pública (SCOREL, 2008).

Na primeira metade da década de 1980, em que o Estado brasileiro estava sob o comando do então Presidente da República João Figueiredo (1979-1985), houve uma grande crise econômica no Brasil e no mundo, que trouxe repercussões no PIB (Produto Interno Bruto) e nos níveis de desemprego, agravando a crise social iniciada no período do ‘milagre econômico’, com arrocho salarial, aumento do desemprego e profundas desigualdades sociais (SCOREL, 2008).

Nesse período eclode a crise na Previdência Social que se manifesta em três níveis assim descritos: Financeiro – como resultado da política econômica recessiva imposta ao país em 1981-1982; Ideológico – em virtude do Prev-Saúde<sup>8</sup> que é abortado, mas que contribui para uma discussão mais ampliada sobre a saúde no Brasil; e Político-Institucional – com a criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária<sup>9</sup> (CONASP) (ALMEIDA; CHIORO; ZIONE, 2001).

É importante destacar que todas essas manifestações tinham como base o propósito da Conferência Internacional de Alma Ata – “Saúde para todos no ano 2000”. E destaca-se que:

A importância política do Conasp consistia, principalmente, em incorporar no discurso oficial as análises e críticas desenvolvidas pela sociedade civil, por meio de vários movimentos sociais – principalmente o movimento da reforma sanitária –, quanto à distorção estrutural do sistema e do modelo de saúde desenvolvido historicamente pelo Estado brasileiro (ALMEIDA; CHIORO; ZIONE, 2001, p.29).

Nota-se que a forma como o Estado brasileiro desenvolvia o trabalho em saúde já não agradava a sociedade civil, que começou a se organizar e manifestar a sua insatisfação. Nesse período foram implementadas as Ações Integradas de Saúde (AIS), que auxiliaram na constituição de um sistema articulado e integrado, que se ampliaram ultrapassando a sua proposta inicial de programa isolado e paralelo, tornando--se a base do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), e posteriormente contribuiriam para a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) (ALMEIDA; CHIORO; ZIONE, 2001; SCOREL, 2008).

É também nessa segunda metade da década de 1980 que grandes acontecimentos trazem mudanças significativas para pensar o trabalho em saúde, são eles: em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde, que ampliou o conceito de saúde, trouxe a saúde como

---

<sup>8</sup> Em 1980 em decorrência da VII Conferência Nacional de Saúde, cujo tema era “Extensão das Ações de Saúde através dos serviços básicos”, e sob a influência do PIASS surge o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde) que trazia a universalização dos cuidados primários de saúde em todo o país por meio de entidades públicas e privadas, extensão máxima de cobertura com regionalização, hierarquização, integralidade das ações, uso de técnicas simplificadas, pessoal auxiliar e inclusão do setor privado no sistema. (ALMEIDA; CHIORO; ZIONE, 2001, p.28).

<sup>9</sup> Esse conselho teria a finalidade de estudar e propor normas mais adequadas para a prestação de serviços de saúde, indicar a utilização dos recursos financeiros e propor medidas de avaliação e controle do sistema. (ALMEIDA; CHIORO; ZIONE, 2001, p.29).

direito de cidadania e dever do Estado, e a instituição do Sistema Único de Saúde; e em 1988 a Constituição da República Federativa do Brasil que ratifica as deliberações propostas na VIII Conferência e legitima o SUS. (ALMEIDA; CHIORO; ZIONE, 2001).

Desse modo, a Constituição da República Federativa do Brasil traz na Seção II que versa sobre a Saúde que:

**Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.**

[...]

**Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (EC no 29/2000, EC no 51/2006 e EC no 63/2010)**

**I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;**

**II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;**

**III – participação da comunidade.**

[...] (BRASIL, 1988, grifo nosso).

Diante dessa apresentação, presente na Constituição Federal, do que venha a ser o SUS podemos inferir que trata-se de um sistema amplo, complexo, que visa a manutenção da qualidade de vida da população brasileira, numa perspectiva de corresponsabilidade entre o poder público e a população. O que reforça as mudanças na forma de pensar e implementar o trabalho em saúde na lógica da integralidade para a promoção da saúde através de ações preventivas e assistenciais.

Assim, frente aos contextos históricos apresentados é possível perceber algumas memórias sobre o trabalho em saúde: uma que perpassa pela compreensão médico assistencialista com foco curativista, emergencial e individualista; outra por uma compreensão sanitarista campanhista com foco limitado a doenças e agravos específicos numa perspectiva ambiental e coletiva; e ainda outra que atende a perspectiva do SUS com vista a promoção da saúde para toda população brasileira de forma integral, universal e igualitária.

No tocante às enfermeiras do nosso estudo é possível perceber memórias em transição sobre o trabalho em saúde, e que traz aspectos presentes em diversos contextos históricos. A Enfermeira Gardênia menciona as campanhas de vacinação e a necessidade de mobilizar e envolver a equipe de saúde e a comunidade nesse processo. Poderíamos inferir que essa memória traduz o modelo sanitarista campanhista, como também traz a participação da comunidade, aspecto presente na proposta do SUS.

E na época das campanhas de vacinas a gente fazia mobilização através de caminhada, envolvendo a equipe, a comunidade. E quando tinha estudante do curso de enfermagem na unidade também eles participavam. (Enfermeira Gardênia).

Visualizamos a combinação do “velho” e do “novo” na narrativa sobre o trabalho em saúde. Essa combinação pode ser resultado da capacidade do indivíduo, diante do processo de construção de suas memórias, gravar, recalcar, excluir, relembrar, o que resulta no verdadeiro trabalho de organização das memórias (POLLAK, 1992).

No entanto, chamamos a atenção sobre a necessidade de percebermos que esse processo não é inocente, pode trazer consigo intencionalidades e interesses escusos de grupos para perpetuar determinadas memórias em detrimento de outras. Esse pensamento torna possível por perceber que a participação da comunidade mencionada na narrativa da Enfermeira Gardênia se dá por meio de mobilização e envolvimento da comunidade, não garantindo uma participação crítica dentro da realidade objetiva a qual se inscreve.

Essa participação presente na narrativa acima nos transparece como um atrativo para a aceitação e adesão da comunidade aos serviços de campanha de vacinação e que conta com o envolvimento dos demais profissionais para a sua efetivação, e assim, pode não garantir a criticidade no processo de promoção da saúde.

A Promoção da Saúde, numa perspectiva crítica, deve trazer mudanças no pensamento sanitário contemporâneo, contrapor o modelo assistencial biomédico, hospitalocêntrico e curativista. Deve propor ações que incorporem a articulação intersetorial, abordagens interdisciplinares e a participação social (RABELLO, 2010; SAMPAIO, 2010). Mas será que isso interessa ao poder público, instrumentalizar a comunidade para esse processo crítico de Participação Social e Promoção da Saúde?

Outro ponto que nos chama atenção é o uso de vocábulos que estimulam os trabalhadores a absorverem determinados discursos das organizações, tais como: colaboradores, **equipe, participação**, pois o principal propósito é simular o que não se realiza (FIGARO, 2008, grifo nosso). Ou seja, é evidenciar algo aparente, mas que na verdade não acontece e pode desvelar uma práxis fetichizada dos sujeitos.

Na narrativa a seguir percebe-se que a enfermeira traz em suas memórias sobre o trabalho em saúde a participação da comunidade atrelada às necessidades da população e aos grupos populacionais específicos, fato que pode estar ancorado na proposta do SUS e também em um dado contexto histórico que perpassou pelo início da década de 1940, na ocasião da convocação da 1ª CNS já apresentado, e que nos convida a olhar essa realidade de forma mais

aprofunda e aproximada com a demanda espontânea que era a base do modelo Médico Assistencial privatista.

Então, fomos implantar a equipe, eu juntamente com outra enfermeira, nós éramos em equipe dupla, a gente buscava sempre estar, em primeiro lugar ouvindo o que a comunidade tinha como necessidade. Então, pra gente poder **montar a oferta dos serviços, quantos turnos, o dia, os horários, quais seriam os atendimentos**, a gente também... Partiu muito, inicialmente, desse conhecimento da necessidade da população. Então, a partir desse conhecimento a gente pode ir montando a nossa, que a gente intitulava de **semana típica**, mas na verdade a gente não tinha isso fechado. Por exemplo: uma gestante que chegasse na segunda-feira e o horário era pra dia de quarta-feira, a gente não deixaria de atender essa demanda só porque o dia de gestante não era segunda. Então a gente buscava estar dentro do possível acolhendo a comunidade tentando resolver as situações de saúde, as demandas daquela comunidade (Enfermeira Iris, grifo nosso).

Percebe-se nessa narrativa a necessidade em realizar um diagnóstico da situação de saúde na área de abrangência da ESF que atuava, a partir de um levantamento de necessidades junto à comunidade, com o propósito de estabelecer a organização do seu trabalho em saúde. Percebe-se também uma preocupação no acolhimento e em dar as respostas possíveis à essas necessidades.

Assim, poder-se-ia dizer que a organização do trabalho em saúde da Enfermeira Iris comungava com o que rege a Portaria de Atenção Básica 648/2006 revogada e convertida na Portaria 2.488/2011, e a ESF, pois visa que as equipes de Saúde da Família devam organizar o seu trabalho em saúde a partir de “práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas” levando em consideração a realidade objetiva a qual estão inseridos, considerando também os condicionantes e determinantes de saúde, os critérios de riscos e a vulnerabilidade daquela comunidade (BRASIL, 2011).

No entanto não podemos deixar de mencionar que existe uma absorção do discurso oriundo das Políticas de Saúde, mas nos questionamos se na prática acontece assim, ou estamos mais uma vez internalizando o discurso das organizações e reproduzindo uma práxis fetichizada?

Essa absorção do discurso pode ser ratificada quando notamos que há convergência com a narrativa da Enfermeira Gardênia quando traz que:

Enquanto enfermeira da ESF nós tínhamos uma **semana chamada semana típica** que era organizado os atendimentos. **Então existia o dia de atender criança, gestante, planejamento familiar, pré-natal, preventivo, visita e o dia de reunião de equipe**. Então a gente fazia a programação mensal. Essa semana típica era fixa, porém, caso a gente tivesse... Estava atendendo criança e chegasse uma gestante e houvesse uma necessidade de atender isso não deixava de ser realizado. Embora não fosse o dia, mas a gente atendia (Enfermeira Gardênia, grifo nosso).

Nota-se uma forma similar de organização do trabalho a partir da semana típica, a qual determina dias, turnos e serviços ofertados para a comunidade, e uma preocupação em acolher e dar respostas às demandas emergentes, frutos da proposta da Política de Atenção Básica anteriormente mencionada.

Pode-se afirmar que o processo de organização do trabalho em saúde, mencionado pelas enfermeiras, atende à prerrogativa estabelecida pelo Ministério da Saúde a partir do que rege a referida Portaria. E com isso, corroboramos que existiu uma absorção do discurso do poder e para apresentar uma situação aparente e distanciada de uma análise crítica da realidade objetiva e traduz uma práxis fetichizado dos sujeitos

Quanto às memórias sobre o trabalho em saúde poder-se-ia dizer que elas ancoram-se nas bases propostas pelo SUS, como também trazem reminiscências do caráter biomédico, emergencial e curativistas. Assim, mais uma vez percebe-se a presença do processo de solidificação de memórias através dos elementos irredutíveis, mencionados por Pollak (1992) e que impossibilitam a ocorrência de mudanças.

Esse trabalho de solidificação da memória transita na intencionalidade do que deve ser lembrado e do que deve ser esquecido, do dito e do não dito e com isso produz a práxis fetichizada dos sujeitos, que se veem consumidos pelo processo e incapazes de visualizar a realidade numa perspectiva crítica e que impactem em mudanças.

Esse fato é percebido nas narrativas das enfermeiras quando mencionam a sua polivalência ao desenvolverem o seu trabalho em saúde. Pois afirmam prestar assistência para crianças, gestantes, preventivos, realizam visitas domiciliares, etc, o que traduz muito a estrutura ideológica da reestruturação produtiva e da flexibilização nos processos de racionalização e precarização do trabalho (FIGARO, 2008) e são percebidos pelas enfermeiras como processo natural de organização do trabalho no tocante a ESF.

Observa-se convergências entre as narrativas anteriores com a narrativa da Enfermeira Rosa, quanto a polivalência profissional. Porém notamos um elemento novo e que talvez justifique a intencionalidade na preservação de determinada memória em detrimento de outras.

Mas como a maior parte do meu trabalho foi desenvolvido numa unidade com apenas uma equipe eu posso classificar como muito positivo, como muito bom, com uma equipe muito participativa. E que a gente conseguiu desenvolver a Estratégia com **atividades preventivas; com a questão de melhorar as metas do serviço em relação a vacinação; em relação ao pré-natal em dia; em relação a descobrir o número de hipertensos, aumentou bastante, foi crescente a descoberta, o diagnóstico de hipertensos e esse acompanhamento também;** e grupo de gestante, grupo de hipertensos, diabéticos, no finalzinho nós implantamos o grupo de

adolescentes que estava assim engatinhado. Mas foi um trabalho muito positivo, muito satisfatório (Enfermeira Rosa, grifo nosso).

Essa narrativa traz o discurso ideológico presente no contexto da reestruturação produtiva de metas dos serviços. Ideia que nos aproxima dos conceitos de eficácia e eficiência, que podem ser entendidos como medidas para alcançar resultados, acompanhadas da utilização de recursos para esse fim (CHIAVENATO, 1994).

Assim, podemos entender esse conceito como a relação custo benefício, que exige uso racional dos recursos. Esse discurso encontra-se impregnados nos serviços de saúde e incorporados no fazer dos trabalhadores, que se percebem motivados e satisfeitos com o seu trabalho.

Acreditamos que as metas que devem ser alcançadas são resultados do bom trabalho em saúde desenvolvido pelos trabalhadores. Ou seriam essas uma exigência do poder público, e são absorvidas pelas enfermeiras de forma tão natural que elas nem se dão conta? São dadas condições de trabalho para que essas trabalhadoras alcancem as metas do serviço? Essas outras questões podem emergir e ratificar a intencionalidade na preservação de determinadas memórias, que resultem em uma práxis fetichizadas desenvolvidas pelas enfermeiras.

Importante lembrar que a ESF se inscreve no SUS entendido como “um sistema universal, igualitário, democrático e transparente, com um controle social capaz de assegurar o direito à saúde aos usuários” (SAMPAIO, 2010, p.25).

Porém, questionamos sobre as mudanças na forma de pensar e desenvolver o trabalho em saúde no SUS, visto que as enfermeiras trazem suas memórias, sobre o trabalho em saúde, ancoradas em contextos históricos anteriores a constituição do referido sistema, como também incorporam o discurso da nova era do capitalismo flexível, evidenciando assim, as contradições presente na relação trabalho em saúde e precarização do trabalho.

Com o propósito de melhor entender a inferência anteriormente mencionada, necessário se faz que busquemos uma compreensão sobre o SUS enquanto política atual de produção do cuidado, desvelando as percepções das enfermeiras sobre o referido sistema.

### 3.2 O SUS COMO POLÍTICA ATUAL DE PRODUÇÃO DO CUIDADO

Como vimos anteriormente, a proposta do SUS, presente na Constituição Federal brasileira, visa a integralidade da assistência para a manutenção da qualidade de vida de toda população através de ações preventivas e assistenciais que garantam a promoção da saúde.



Vimos também que se trata de um sistema amplo, complexo, de cunho descentralizado nas esferas do Estado brasileiro e que traz a corresponsabilidade entre o poder público e a população através da participação social.

Diante desse breve entendimento, construímos esta seção tomando como base os documentos oficiais que regulamentam e operacionalizam o SUS, como também apresentamos a percepção das enfermeiras do nosso estudo sobre o referido sistema.

Desse modo, embasada na Lei n.º 8.080, que versa sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes – Lei Orgânica da Saúde – é possível perceber no Título I, sobre as disposições gerais, que:

**Art.2º - A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.**

**§ 1º - O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.**

§ 2º - O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art.3º - Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. (Redação dada pela Lei nº 12.864, de 2013).

§ único - Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990, grifo nosso).

Nessa apresentação notamos que o SUS propõe um novo paradigma para pensar o trabalho em saúde, com vista a propiciar condições indispensáveis ao pleno exercício da saúde para a população brasileira, o que possibilita inferir que o referido sistema a vê como um bem inalienável, ao tempo que propicia “diversas elaborações e proposições referentes aos modelos assistenciais adotados, à lógica de financiamento e às práticas profissionais” (BISPO JÚNIOR, 2010, p. 1628).

A referida Lei menciona que esse trabalho em saúde deve emergir de políticas econômicas e sociais com o propósito de reduzir riscos para agravos e doenças, e garantir à população brasileira acesso universal e igualitário aos serviços e ações de saúde, em contraposição ao paradigma hegemônico.

Frente a essa exposição questionamos: É realmente isso que visualizamos no tocante ao trabalho em saúde desenvolvido no SUS? A proposta presente na lei supramencionada

propicia repensar as nossas práticas sobre o trabalho em saúde. Mas é realmente isso que vem acontecendo? Como pensar numa subjetivação do trabalho em saúde diante do sistema capitalista que captura a subjetividade dos trabalhadores envolvidos e que vem repetindo práticas antigas?

Necessário se faz lembrar que o paradigma proposto pelo SUS encontra-se em processo de construção (ALMEIDA; CHIORO; ZIONE, 2001; SAMPAIO, 2010). Como tal está diante de influências e interferências externas. Sujeito também a se tornar um discurso utópico depreciado frente às investidas do capital.

Esse entendimento é possível, pois os processos de construção das memórias podem favorecer para que o desejo da classe dominante possa ser preservado, cujas representações do passado sejam estrategicamente rerepresentadas e manipuladas pelos setores dominantes da sociedade com o propósito de atender aos seus interesses em um dado contexto do presente (PERALTA, 2007).

Ainda sobre a referida Lei, no Título II das disposições preliminares do SUS, está presente que:

Art.4º - O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o *Sistema Único de Saúde (SUS)*.

§ 1º - Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º - A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar (BRASIL, 1990).

Diante disso, mais uma vez nos questionamos se o poder público teria interesse em garantir, ou melhor, em sustentar as propostas presentes na referida lei e que traduz o SUS? Como isso seria possível diante de todo o contexto histórico em que deixa transparecer a soberania da economia ao pensar o trabalho em saúde?

Esses questionamentos se fundamentam no início da década de 1990, mais especificamente na ocasião em que:

[...] a conjuntura econômica-política passou a ser a de fragilização do papel do Estado, diminuição do seu papel redistributivo, privatização (no caso da saúde, induzida por mecanismos de subsídios estatais diretos ou indiretos às empresas e pela regulação pela lógica de mercado) e focalização das políticas para grupos populacionais carentes e excluídos, mas frágeis do ponto de vista de sua capacidade de organização e pressão sobre o próprio Estado (ALMEIDA; CHIORO; ZIONE, 2001, p.38).

Percebe-se assim a amplitude e a complexidade que envolve o referido sistema. Ao tempo que vale ressaltar que o período de implementação do SUS coaduna com o período da Reestruturação Produtiva em que as políticas neoliberais traduziam essas características em nosso país. O que, talvez, justifique essa fragilidade mencionada pelos autores supracitados.

Retomemos mais uma vez a Lei 8.080, a qual nos subsidia no entendimento da proposta do SUS, e que traz em seu Capítulo II, dos Princípios e Diretrizes que:

Art.7º - As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art.198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, 1990).

Ratificamos que o referido sistema propõe uma nova forma para pensarmos o trabalho em saúde em todo o território nacional. Diante desse entendimento torna-se possível inferir que a Enfermeira Ixia construiu suas concepções sobre o referido sistema baseadas nos princípios que referencia o SUS.

A gente viveu um SUS, viveu realmente aquilo ali, aquele sonho que a gente conheceu na universidade e a gente estava colocando em prática. Era um sonho, era realmente encantador (Enfermeira Ixia).

Acreditamos não ser possível analisar a nova proposta do SUS distanciada da realidade política, econômica e social vivenciada pelo Estado brasileiro. Porém, na narrativa da Enfermeira Ixia percebemos uma visão pseudoconcreta ao apresentar o encantamento e o sonho como forma de visualizar o SUS.

Essa visão pode estar ancorada e justificar-se pelo período de conclusão do curso de enfermagem da referida enfermeira, ano de 1996, considerado período de início de efervescência do processo de implementação do SUS através da Norma Operacional Básica de 1996 - NOB/96<sup>10</sup>.

Essa visão pseudoconcreta se distancia da realidade em que o SUS estava inserido. Pois, deixou de considerar alguns pontos:

- A redução dos recursos financeiros federais para o sistema;
- A não extinção do INAMPS, definição de medidas para manutenção de seu poder e, por conseguinte, do poder centralizador do governo federal, como à nova organização e competência de suas representações estaduais, expressas nas Coordenadorias de Cooperação Técnica e Controle Regional (CCTC).
- A não regulamentação do repasse regular e automático dos recursos aos Estados e municípios.
- A centralização e o controle do repasse aos municípios, por convênio, em articulação direta com o INAMPS e o Ministério da Saúde, intermediados por forte poder de decisão das Coordenadorias Regionais, em detrimento das decisões colegiadas, apesar das diretrizes de descentralização das Normas.
- A atuação política de intimidação ou intervenção por intermédio de controle e auditorias centrais e regionais (ALMEIDA; CHIORO; ZIONE, 2001, p. 41).

Com isso, nota-se que a narrativa da Enfermeira Ixia encontra-se distanciada de uma análise crítica da realidade objetiva a qual se inscreve o SUS, pois coaduna com a concepção presente na Lei n.º 8.080/90 e que ainda não foi contemplada totalmente. No entanto, percebe-se que houve uma modificação na constituição dessa concepção quando a referida Enfermeira nos afirma que:

Hoje, infelizmente, eles fizeram com que eu não acreditasse mais no SUS. Porque o SUS hoje... Quem encabeça o SUS hoje é um político. E o político só pensa nele, no umbigo dele, na família dele e no que ele pode manipular para benefício dele. Então fez com que aquela enfermeira sonhadora não sonhasse mais. [...] Hoje eu vejo um fracasso no SUS. Então assim, eu acredito muito que a comunidade está aí, os profissionais também. Ainda tem profissionais bons no mercado; ainda existem profissionais bons no mercado. Eu acho que basta uma vontade política, porque foi o político que destruiu tudo isso (Enfermeira Ixia).

---

<sup>10</sup> Define as competências federal, estaduais e municipais no tocante a saúde; os modelos de gestão; as formas de financiamento das ações e serviços; a programação, controle, avaliação e auditoria e dá outras providências para a consolidação do SUS (BRASIL, 1996).

Tentamos fazer uma leitura da narrativa da Enfermeira Ixia a partir da sua fala inicial: “Eles fizeram com que eu não acreditasse mais no SUS.” Entendemos que o SUS é resultado de uma conquista social com o propósito de contrapor o modelo hegemônico de saúde.

Esse sistema se constituiu e vem se constituindo como resultado de reivindicações dos movimentos populares, trabalhadores em saúde, usuários, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais; em um cenário histórico das décadas de 1970 e 1980, cujas transformações podem ser percebidas até os dias atuais (GOUVEIA; PALMA, 1999).

Porém, uma questão nos assalta, e pode ser assim traduzida: quem a fez desacreditar de algo que tem sua origem no seio da sociedade? “O político”. Pode-se dizer que o político é a representação da sociedade e que compõe o Poder Público, o Estado. É um termo que pode nos dar dois entendimentos iniciais: “que trata da política<sup>11</sup>” ou “que age com habilidade, esperto” (XIMENES, 2000, p. 737).

A política derivada do termo que lhe originou – *Pólis* – auxilia na integração dos desejos, das vontades e dos interesses na perspectiva da coletividade. Domestica a arrogância, o poder e a autoridade. Gerencia conflitos dando-lhes sentidos positivos que auxilie na construção da realidade fundamentada na sociabilidade solidária e na democracia. No entanto, diante das transformações oriundas do século 21, cuja defesa do indivíduo ganha expressividade, acaba por enfraquecer essa visão do bem viver e favorecer a busca do viver bem, numa perspectiva individualista e egocêntrica (NOGUEIRA, 2015).

Diante desse entendimento a figura do político pode favorecer ao desenvolvimento de duas possibilidades de atuação, uma voltada para o bem viver e na construção de um mundo melhor para as coletividades; e a outra voltada para o viver bem numa perspectiva individualista, egocêntrica, regada de esperteza.

Essa segunda representação do sujeito político se aproxima de forma mais expressiva na narrativa da Enfermeira Ixia, pois para ela esses sujeitos públicos apresentam suas propostas no sentido contrário e diferente da busca por um mundo melhor, do bem viver, da efetivação do SUS enquanto Política Nacional de Saúde; segundo ela eles visam interesses próprios, particulares.

Diante desse contexto é possível inferir também que esse político ao atender aos interesses próprios, exerce o poder da classe dominante e/ou da ideologia dominante que

---

<sup>11</sup> Política é tida pelo mesmo autor como: “Arte ou Ciência de bem governar os povos e de cuidar dos negócios públicos com sabedoria” (XIMENES, 2000, p. 737).

atende a prerrogativa do capital. Na perspectiva de Mészáros (2011) o sistema capitalista exerce uma força incomensurável como forma de controle sociometabólico<sup>12</sup>. E como pensar nas propostas do SUS diante de tal sistema?

Esse fato:

[...] estaria em contradição com o imperativo da expansão “racional” 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 (MÉSZÁROS, 2011, p. 255, grifo do autor).

O que nos faz pensar que a visão pseudoconcreta presente nas memórias das enfermeiras sobre o trabalho em saúde e sua organização, mesmo que diante da proposta do SUS não tem espaço frente as investidas emblemáticas que o capitalismo nos impõe. Assim, questionamos: O SUS pode ser uma ação remediadora do capitalismo para solucionar os problemas e contradições gerados em sua estrutura?

A dinamicidade do setor saúde propiciou uma ampliação na forma de vê-lo, que deixou de ser uma atividade social meramente destinada à proteção da higidez dos sadios e a recuperação e reabilitação de doentes e lesionados. Passando a sofrer influência do setor terciário da economia que incorporou tecnologias e mudanças nos processos de gestão das atividades do setor (CARVALHEIRO, 1999).

Desse modo, nossa inferência se fundamenta em virtude de percebermos a dificuldade das enfermeiras na subjetivação do trabalho em saúde. Trazem em suas memórias lembranças de práticas que outrora foram implementadas e que se distanciam das propostas presentes no SUS, como também tentam implementar práticas propostas pelo referido sistema numa perspectiva pseudoconcreta.

A narrativa a seguir converge quando nos traz que:

Eu vejo hoje como se fosse naquela época antes do SUS, antes de implantar o SUS que era um sonho e tal organizado, de organizar, de melhorar. Aí a gente conseguiu que o SUS... Ajudou o SUS a construir, a crescer e agora a gente vê como se estivesse voltando tudo de novo. Acabando o SUS e voltando tudo, regredindo tudo. Eu vejo hoje assim, regressão (Enfermeira Gardênia).

A manutenção das práticas de outrora aparecem na perspectiva da Enfermeira Gardênia com a expressão “como se estivesse voltando tudo de novo”, o que nos dá a ideia de

<sup>12</sup> Configura-se a partir da relação existente entre seus elementos constitutivos – capital, trabalho (assalariado) e Estado. Ver mas detalhe na obra Para Além do Capital de István Mészáros.

regresso. Afirma também que essa situação proporciona para ela a sensação de acordar de um sonho e perceber que a realidade é outra.

A ideia apresentada pela Enfermeira Gardênia nos faz pensar que o processo de regulação das memórias a partir de quadros sociais, apresenta o poder público como o seu regulador (HALBWACHS, 2004). Em diversos contextos históricos apresentados era ele que direcionava (direta ou indiretamente) como as políticas, ações e serviços de saúde deveriam acontecer; a quem deveria atender e de que forma esse atendimento deveria ser desenvolvido.

Essa compreensão se fortalece quando a Enfermeira Gardênia acrescenta que:

**Recentemente na Conferência**, que houve aqui [...] no início do mês de... No mês de julho, **foi falado que há realmente um interesse de precarizar o SUS**. Foi dito lá que tem um grupo que quer privatização de tudo. Quer privatizar a saúde e que **tem um interesse de desmontar mesmo o SUS** (Enfermeira Gardênia, grifo nosso).

É importante destacar que o SUS traduz a vontade subterfugiada de grupos que prezam pela sua manutenção e/ou de grupos que pensam em sua extinção. Destacamos ainda que desde o período de sua implantação, o SUS vem encontrando percalços que dificultam sua consubstanciação e apresentam as contradições existentes entre as suas propostas e o capital, visto que esse período foi marcado pelas investidas das políticas neoliberais presente na reestruturação produtiva.

Ratificamos essa afirmativa com a entrevista concedida pelo então diretor da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), George Alleyne, e presente no trabalho de Carvalheiro (1999), quando aborda em sua visita ao Brasil no ano de 1998, que em virtude da crise financeira o governo brasileiro deveria abandonar os atuais princípios constitucionais com relação à saúde e passar a garantir apenas uma “cesta básica” (*sic*) de doenças e procedimentos, composta por vacinas, atenção primária e saneamento, além do fim da “gratuidade” dos serviços. Tal direito seria substituído por determinados procedimentos simplificados e de baixo custo, os demais destinados aos que pudessem pagar.

Ideia que nos remonta aos “velhos tempos”, e traduz assim os antecedentes históricos do trabalho em saúde; ao tempo que ratifica a nossa inferência sobre a manutenção das práticas fetichizadas das enfermeiras e conseqüentemente de suas dificuldades na subjetivação das mesmas, em que a memória, ou a manipulação dela, se apresenta como um instrumento facilitador desse processo.

### 3.3 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REALIDADE EM QUESTÃO

Nesta seção analisamos como se constituiu o mundo do trabalho em saúde na ESF para as enfermeiras do nosso estudo, mais especificamente sobre o seu ingresso na ESF, sua jornada de trabalho, os direitos trabalhistas, os vencimentos, as condições de trabalho e a existência de processos de qualificação profissional. Utilizamos como fontes de análise os dados oriundos das narrativas das enfermeiras e os registros dos documentos presentes no apêndice E.

Assim, acreditamos ser pertinente apresentarmos de forma breve como a ESF foi e é pensada nacionalmente:

Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997, p. 8).

A ESF foi concebida, inicialmente, como Programa de Saúde da Família (PSF), como já mencionamos na introdução do nosso estudo. Ela se apresenta hoje como a Estratégia capaz de reorientar e organizar a lógica assistencial do SUS, pois traz como objetivo geral:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da **atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde**, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 1997, p. 10, grifo nosso).

Nessa perspectiva, corroboramos com o entendimento de que a ESF apresenta como ponto central para a implementação do trabalho em saúde o estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre a equipe de saúde e a comunidade por ela assistida (BRASIL, 1997).

Tomando como base a Portaria 648, de 28 de março de 2006, Revogada e convertida na Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011 podemos entender que 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, 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, 2011).

Percebemos que a ESF, assim com o SUS, apresenta em seu discurso mudanças de atitude no desenvolvimento do trabalho em saúde, pois contrapõe o desenvolvimento de ações exclusivas para os grupos populacionais específicos como criança, mulheres, idosos, como também a doenças e agravos específicos como tuberculose, hanseníase, HIV/AIDS, uma vez que traz o trabalho em equipe direcionado à resolução das demandas oriundas da comunidade em que está inserida.

No entanto já mencionamos a respeito dos discursos oriundos das organizações e do poder público e que evidenciam uma realidade aparente, ao tempo que propicia aos profissionais o desenvolvimento de uma práxis fetichizada.

Para ratificar esse entendimento destaca-se que não podemos entender a ESF como atendimento reducionista a grupos específicos (mulher, criança, entre outros), não que isso não tenha que acontecer; mas, faz-se necessário estabelecer prioridades para que ela possa assumir seu papel de reorganizadora da atenção básica com planejamentos de ações próxima da realidade social e com o envolvimento da comunidade em que ela está inserida, pois sabemos que este nível bem organizado constitui condição *sine qua non* para o funcionamento de um sistema de saúde eficaz, eficiente e equitativo (MENDES, 1999).

Outro ponto que merece atenção e que o Ministério da Saúde destaca é que não podemos entender a ESF:

[...] como um sistema de saúde pobre para os pobres, com utilização de baixa tecnologia. Tal assertiva não procede, pois o Programa deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade – e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes (BRASIL, 1997, p. 9).

Nesse sentido, ratifica-se a retórica para a subjetivação nas práticas do trabalho em saúde presente na ESF. Entretanto, reconhecemos que com o uso da memória isso se torna mais difícil, pois no contexto da reestruturação produtiva e do neoliberalismo o Estado só deve intervir em condições extremas.

Porque a comunidade da economia da saúde atende a prerrogativa do Banco Mundial, que propõe uma cesta básica de ações típicas do Estado (vacinação e saneamento básico) e focalizando suas ações em grupos mais vulneráveis da população (CARVALHEIRO, 1999).

Mesmo diante desse contexto as instituições de saúde (Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde) incentivou os municípios à difusão dessa proposta através do

“PROESF” (Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família), que no período de sua existência ofereceu incentivo financeiro para a expansão na implantação das equipes que compõem a ESF, e conseqüentemente ampliou a oportunidade de ocupação para profissionais de saúde como enfermeiras(os), médicos(as), equipe de saúde bucal (Cirurgião dentista e Técnico de Higiene Dental - THD), Agentes Comunitários de Saúde (ACS) adentrarem no mundo trabalho.

O PROESF foi entendido como:

[...] uma iniciativa do Ministério da Saúde, apoiada pelo Banco Mundial - BIRD, voltada para a organização e o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde no País. Visa contribuir para a implantação e consolidação da Estratégia de Saúde da Família em municípios com população acima de 100 mil habitantes e a elevação da qualificação do processo de trabalho e desempenho dos serviços, otimizando e assegurando respostas efetivas para a população, em todos os municípios brasileiros (BRASIL, 2003, p. 4).

Esse Projeto também trouxe como proposta a ampliação e reestruturação de iniciativas diferenciadas para o desenvolvimento de recursos humanos na ESF, incrementou recursos, apoiou a implementação do processo contínuo de qualificação profissional, bem como fixou os recursos humanos nas referidas unidades (BRASIL, 2003), uma vez que visava à construção de “vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população” (BRASIL, 1997, p. 7).

O Ministério da Saúde determina competências específicas para cada esfera de governo compor o processo de implantação e implementação da ESF. Em conformidade com o manual lançado pelo referido Ministério no ano de 1997, intitulado “Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial” é estabelecido como competências municipais a adesão; o recrutamento, seleção e contratação de recursos humanos; a capacitação das equipes de saúde da família; o treinamento introdutório; e a educação continuada ou permanente (BRASIL, 1997).

No ano de 2006 o Ministério supracitado institui a Portaria 648, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece 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). Essa Portaria é revogada e convertida a Portaria 2.488/11 (BRASIL, 2011).

Assim, após análises desses documentos oficiais, foi possível identificar que as competências municipais comungam de princípios muito próximos, e as reformulações propiciou uma ampliação dessas competências municipais. Desse modo, levando em consideração os objetivos estabelecidos em nosso estudo achamos pertinente apresentar as competências no nível municipal, em conformidade com a Portaria 2.488/2011, no entanto

ressaltamos que no processo de análise poderemos mencionar as deliberações apresentadas nesses outros dois documentos citados anteriormente.

[...]

IV - inserir a estratégia de Saúde da Família em sua rede de serviços como estratégia prioritária de organização da atenção básica;

[...]

VI - prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família;

[...]

VIII - Desenvolver ações e articular instituições para formação e garantia de educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de Atenção Básica e das equipes de saúde da família;

IX - selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente;

X - garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde;

XI - garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas;

[...]

XVI - assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõe as equipes de atenção básica, de acordo com as jornadas de trabalho especificadas no SCNES e a modalidade de atenção. (BRASIL, 2011)

Diante do exposto ressaltamos os pontos pertinentes para analisarmos a inserção das enfermeiras do nosso estudo no mundo do trabalho da ESF. Para tanto apresentamos as oralidades e os documentos.

No que tange ao item VI das competências municipais – inserir a ESF como reorientadora da atenção básica – foi possível identificar que no ano 2000 o município possuía como metas e objetivos a preocupação em ampliar o número de equipes de Saúde da Família.

2 – “implantar 06 equipes do Programa saúde da família” (JEQUIÉ, 2000, p.1 – Documento 1).

Porém, no tocante às Ações realizadas, destaca-se que o município em estudo não efetivou o que havia estabelecido como meta:

“Foi implantada 01 equipe de saúde da família na comunidade do Joaquim Romão (Alto da Bela Vista)”; (JEQUIÉ, 2000, p.1 – Documento 1).

Outra meta e/ou objetivo presente no referido documento foi:

13 – Estabelecer parceria com o Departamento de Saúde da UESB para o desenvolvimento do Projeto “Estratégias de Saúde da Família: desafios para a mudança das práticas de Saúde no município de Jequié”; (JEQUIÉ, 2000, p.3 – Documento 1).

A ação realizada para essa meta/objetivo foi:

“Realizado entendimento com o Departamento de Saúde da UESB. Técnicos desta Secretaria encontram-se participando do referido Projeto.” (JEQUIÉ, 2000, p.3 – Documento 1).

Identificamos no Documento 2 que o município onde desenvolvemos o nosso estudo adotou o PROESF em 2003 com o propósito de ampliar a cobertura do ESF para 70% até Julho/2009. Sendo que na ocasião da adoção do referido projeto a cobertura do município era de 28%. (JEQUIÉ, 2003 – Documento 2)

Ainda referente à proposta de ampliação da ESF o Documento 3 ratifica a pretensão do município em ampliar a cobertura:

A meta é atingir uma cobertura de 70% com a Estratégia Saúde da Família em nosso município” [...] No momento no município temos 12 equipes de saúde da família, sendo 10 na zona urbana e 02 na zona rural, com uma cobertura de 28%. (JEQUIÉ, 2004, p. s/n – Documento 3)

Ao tempo que apresenta o Quadro 1, a seguir, que traz a projeção dessa proposta até o ano de 2008.

Quadro 1: Projeção para ampliação da cobertura da Estratégia de Saúde da Família no município de Jequié/BA.

Ano	Número de Equipes a implantar	Equipes implantadas	Total de Equipes	Percentual a ser atingido
2003	03	11	14	32,6%
2004	03	14	17	39,7%
2005	03	17	20	46,7%
2006	04	20	24	56,0%
2007	03	24	27	63,0%
2008	03	27	30	70,0%

Fonte: Relatório Anual de Gestão exercício 2004 – Documento 3.

Percebemos que as propostas de ampliação referentes aos anos de 2003 e 2004 não foram atingidas, visto que o Documento 3 traz a existência de 12 equipes e a pretensão era de 14 para o ano de 2004, ou seja, uma defasagem de duas equipes.

No ano de 2006, conforme mostra o Documento 4 é possível identificar que o município contava com 18 equipes de Saúde da Família, sendo duas na zona rural e 16 na zona urbana. O que nos faz inferir que diante da proposta de ampliação presente no Documento 3 ainda encontrava-se defasada nas duas equipes mencionadas anteriormente. No ano de 2007, o Documento 5 nos aponta que houve ampliação de mais quatro equipes de saúde, totalizando 22 equipes.

No entanto, ainda não atingiu a pretensão de 70% de cobertura, pois como consta na introdução do nosso estudo, o município atualmente conta com 27 Equipes distribuídas em 18

unidades de saúde da família, perfazendo uma cobertura de aproximadamente 53,37%. Percebe-se que o município atendeu a pretensão referente ao número de equipes, mas não o de cobertura, talvez por não ter levado em consideração o crescimento populacional maior que o esperado.

Com relação ao item VIII das competências municipais, que versa sobre a Educação permanente foi possível identificar que houve incentivo e investimentos iniciais na área de qualificação profissional, como consta nas narrativas das enfermeiras, que corroboram com os documentos.

Inicialmente ainda existiam algumas capacitações, [...]. Não era a Secretaria Municipal em si, a Secretaria do Estado vinha mais recursos, vinham mais capacitações. Teve Mais Saúde, teve o próprio Introdutório em que o município também deu a sua contrapartida, alguns eventos para a área de saúde da mulher (Enfermeira Iris).

Nós tínhamos sempre capacitações. Sempre. E quando assim.... A gente já começou no processo já sendo capacitada. A gente não teve o treinamento introdutório logo no início, mas foi um introdutório por si só. Porque assim, as responsáveis, que eram [cita o nome da Diretora e coordenadora de assistência a saúde da secretaria municipal] elas já capacitaram a gente. Elas pegaram os conhecimentos que a gente já tinha e deram mais materiais para que a gente estudasse. Com um ano mais ou menos depois, não sei se com um ano ou seis meses é que veio o Treinamento Introdutório para a equipe. Eu lembro que passou um tempo sem aquele treinamento acontecer. Porém, a gente já entrou já com aquele conhecimento prévio fornecido pela Secretaria, juntamente com o que a gente tinha. Então deu pra gente começar o trabalho sem precisar daquele treinamento introdutório. E na medida em que foi passando a gente tinha os treinamentos que iam surgindo. Tudo e qualquer modificação eles mantinham a gente sempre informadas. Ofícios informando todas as mudanças tanto da parte técnica como mudanças administrativas que aconteciam no município, de funcionamento de serviços, de tudo. A gente tinha esse diálogo constante. Sempre tínhamos. No final desses últimos nove anos a gente teve um pouco... Meio que... meio que uma redução desses treinamentos. A gente percebia mesmo, a gente sentia falta daquilo ali. Mas a gente era sempre informada. Sempre mandavam as apostilas com as mudanças. Mas assim, treinamento em si houve um pouco de queda, mas, não foi demais não (Enfermeira Ixia).

Percebe-se que tanto na narrativa da Enfermeira Iris quanto da Enfermeira Ixia é mencionada a existência de uma preocupação com o processo de qualificação profissional, por parte da gestão municipal. O que comunga com a afirmativa, presente, no Documento 1 quando nos traz que:

Preocupada com a qualidade da Assistência prestada aos usuários e a capacitação dos seus Recursos Humanos a Secretaria Municipal de Saúde tem realizado grandes investimentos em treinamentos e capacitações, seja através da promoção de eventos com recursos próprios, viabilização das condições necessárias ao deslocamento de seus técnicos ou ainda

participando de parcerias com outros órgãos e instituições (JEQUIÉ, 2000, p. 15 – Documento 1).

E complementa sua exposição trazendo um elenco de eventos e seus respectivos parceiros:

- Encontro de Avaliação do SIAB – 13ª DIRES;
- Reunião de Avaliação das Ações de Vigilância e Controle do Sarampo;
- MDDA/Cólera (Monitoramento das Doenças Diarreicas Agudas) – 13ª DIRES;
- Curso sobre Classificação Internacional de Doenças (CID 10) – SESAB;
- Oficina de Capacitação em Alimentação e Nutrição – 13ª DIRES;
- 2º Encontro de Programação em Saúde – 13ª DIRES;
- CBVE – Curso Básico de Vigilância Epidemiológica – 13ª DIRES;
- Oficina de Vigilância Epidemiológica – 13ª DIRES;
- 6ª Semana Baiana de Tuberculose e Seminário Estadual de Hanseníase – SESAB;
- Curso de Alimentação Alternativa – Interno;
- Seminário de DST/Prevenção a AIDS – COAS;
- Feiras Municipais [...];
- Curso de Capacitação em Saúde Mental – 13ª DIRES;
- Curso de Descentralização de Atendimento ao Paciente Diabético – Interno;
- Curso de sensibilização para captação do Paciente com Hanseníase – Ministério da Saúde;
- III Conferência Municipal de Saúde;
- Curso de Direitos Humanos, Saúde Mental e AIDS: aspectos sociais, psicológicos, éticos e jurídicos – GAPA Bahia;
- Treinamento Introdutório do Programa de Saúde da Família – Núcleo Regional em Saúde da Família;
- Campanha Nacional para Saúde do Escolar: Quem Ouve Bem Aprende Melhor – Ministério da Educação/Ministério da Saúde/Fundação de Otorrinolaringologia/Sociedade Brasileira de Otologia;
- Treinamento para monitores em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – Ministério da Saúde;
- Treinamento para profissionais da Rede Básica em Ações Integrada às Doenças Prevalentes na Infância – SESAB;
- Reunião de sensibilização em Tuberculose e Hanseníase – interno;
- Treinamento para as Ações de Tuberculose e Hanseníase – 13ª DIRES;
- Treinamento para a Implantação da Ficha de Notificação semanal de sarampo e rubéola – 13ª DIRES;
- Avaliação do ICCN – 13ª DIRES;
- Feira de Hipertensão e Diabetes – ABM;
- Treinamento para a Detecção Precoce do Câncer de Mama – SESAB;
- 25º Treinamento para Profissionais de Manejo Clínico das DST's através da Abordagem Sindrômica – COAS;
- Treinamento para a Descentralização da Coleta de Preventivo do Câncer de Colo Uterino – Interno;
- [...];
- Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – ABRASCO (JEQUIÉ, 2000, p. 16-7 – Documento1).

Percebemos que a maioria dos eventos foram em parceria com a 13.<sup>a</sup> Diretoria Regional de Saúde – DORES, órgão vinculado a Secretaria Estadual de Saúde da Bahia – SESAB. Assim, o Estado da Bahia foi o maior parceiro do município na realização das qualificações dos seus recursos humanos. O que converge com a narrativa da Enfermeira Iris no que tange à instância parceira, ao tempo que ratifica a preocupação da gestão municipal com a capacitação dos seus trabalhadores da saúde.

Porém, diante do elenco de ações presentes no Documento 1, acreditamos ser importante mencionar que a gestão municipal cumpriu com a sua obrigação/competência em prestar apoio institucional às equipes e serviços no processo de implantação, acompanhamento, e qualificação da Atenção Básica e de ampliação e consolidação da estratégia Saúde da Família, conforme rege a Portaria 2.488/11.

Pensamento outrora presente também no manual da Saúde da Família, quando afirma que o processo de capacitação e educação dos profissionais deve ser contínuo, pois devemos levar em consideração o dinamismo presente no processo de trabalho das equipes de saúde, proporcionando aperfeiçoamento e a criação de vínculo de responsabilidade com a população assistida (BRASIL, 1997).

Foi possível perceber que essa não foi uma prática presente em todo período analisado, como é mencionado pelas Enfermeiras supracitadas. Encontramos no Documento 2 a realização de eventos internos e externos de qualificação profissional; já no Documento 3 essas ações não estão explicitadas; no Documento 4 é possível visualizar essa preocupação, em que percebemos um elenco de ações que auxiliam na atuação e capacitação dos recursos humanos; no Documento 5 notamos que as ações foram pontuais, onde consta: “Capacitação dos médicos e enfermeiros do PSF em Planejamento Familiar e Abordagem Sindrômica, entre outros” (JEQUIÉ, 2007, p. 47-8);

O Documento 6 diverge das narrativas quando traz uma preocupação com o processo de qualificação profissional na área da Atenção Básica, ao afirmar que houve a:

Implantação das Linhas de Cuidado e Educação Permanente em Saúde para Atenção Básica e assinado o Termo de Adesão do Programa de Implantação e Desenvolvimento Microrregional das Linhas de Cuidado e Educação Permanente para Atenção Básica (JEQUIÉ, 2008, p. 13 – Documento 6).

Entretanto, a existência do Termo de Adesão não significa dizer que existiu operacionalização dessas ações. Essa inferência é possível uma vez que foi notória nas narrativas das Enfermeiras a diminuição no processo de qualificação profissional no período estipulado como baliza cronológica para o nosso estudo.

A preocupação do poder público com o processo de qualificação dos recursos humanos na saúde pode suscitar inquietações e nos fazer refletir sobre a ideia de responsabilidade e compromisso, que implica na busca pela qualidade dos serviços de saúde prestados à comunidade. Fato que historicamente não se constituiu como prioridade do Estado. No entanto, se aproxima da ideia apresentada pelas enfermeiras Iris e Ixia e consubstanciada pelo Documento 1.

Outra inquietação consiste também em refletir sobre o quanto esse processo de qualificação profissional pode evidenciar o controle e manipulação, por parte do poder público, do que deve ser implementado como ações e serviços de saúde, e com isso determinar como o trabalho em saúde deve ser pensado e desenvolvido por seu trabalhadores. Fato que pode traduzir mais uma vez as intenções do Estado, como também a implementações de elementos irredutíveis que auxiliam no processo de petrificação das memórias sobre o trabalho em saúde. Principalmente quando essa qualificação consiste em fatos pontuais como Planejamento Familiar, Treinamento Introdutório, Abordagem Sindrômica, entre outros elencados.

Diante dessa realidade outra questão que nos inquieta ainda é o motivo pelo qual o poder público desprende recursos financeiros para investir na qualificação profissional dos seus recursos humanos, e não considera isso na ocasião de constituir os vínculos empregatícios estáveis?

Essa inquietação ganha fôlego ao nos reportarmos ao item IX mencionado anteriormente, e presente na Portaria de Atenção Básica, que versa sobre a forma de seleção, contratação e remuneração profissional, pois foi possível identificar que o processo de recrutamento inicial das enfermeiras do nosso estudo passou por uma seleção pública mediante regime de admissão temporária para a função de Enfermeiro do PSF, no ano de 1999, como consta nas narrativas da Enfermeira Ixia e da Enfermeira Rosa.

[...] surgiu o concurso, o processo seletivo, que foi um processo seletivo aberto, para os PSF daqui [menciona o nome do município]. Já existiam os dois da zona rural [menciona as unidades existentes]. [...]. O processo seletivo foi em junho ou julho de 99, acho que foi julho de 99. Eu sei que começamos no início de setembro, dia dois, três de setembro de 99 começamos o PSF aqui. E esses enfermeiros foram selecionados, foi um processo seletivo aberto, um processo seletivo público, qualquer enfermeiro de qualquer parte do Brasil poderia estar inscrito; foi um processo bem interessante. E daí então, começamos a funcionar aqui. [...] Aí foi feito esse processo seletivo, eu fui aprovada, e comecei a trabalhar no [cita a unidade em que foi alocada] no início de setembro de 99 [referente ao ano 1999]. Então eu comecei a trabalhar lá, e foi um trabalho grandioso, porque a gente tinha passado por um processo seletivo em que veio uma banca. [...]. E



assim, eles meio que esmiuçaram a gente sobre o que era o SUS, os princípios do SUS, o que era o PSF e qual a proposta da gente. Foi realmente uma seleção bem legal. Eu gostei da seleção. Porque é... Eu não esperava que o município iria passar por um processo seletivo tão, assim, meio que rigoroso, exigente assim (Enfermeira Ixia).

Nessa época [...] só tinha duas equipes de saúde da família que funcionava na zona rural. E com pouco tempo de trabalho no PACS surgiu a ampliação, a proposta de ampliação da Estratégia Saúde da Família aqui [...]. E essa ampliação era... Esse ingresso na Estratégia era feito através de uma seleção. E aí eu fiz essa seleção. Nós começamos em 99, agosto de 99, então a seleção deve ter acontecido no início de 99. A gente entrou em agosto, setembro. A seleção deve ter sido no primeiro semestre de 99. Eu não me lembro exatamente, se foi só para o município... Eu acho que foi só para o município. Mas foi feita por uma equipe técnica de Salvador, eu lembro que na época foi [menciona o nome de alguns técnicos da Secretaria de Saúde do Estado] que fizeram uma entrevista; foi currículo e entrevista. E eu não me lembro se foi uma seleção aberta só pra [menciona o nome do município] ou se foi pra fora. E aí nós começamos a trabalhar no PSF. (Enfermeira Rosa)

Percebemos convergência nas narrativas das Enfermeiras supracitadas e ratificamos a existência de processo seletivo como forma de recrutamento para o cargo/função enfermeira de PSF.

Esse recrutamento é normatizado tanto na portaria 2488/201, como também identificamos a sua existência no manual de 1997, o qual previa que “o município deve planejar e executar o processo de recrutamento e seleção dos profissionais, contando com a assessoria da Secretaria de Estado e ou instituição de formação de recursos humanos” (BRASIL, 1997, p. 31).

É possível identificar também no referido manual que o município é livre para escolher como esse processo seletivo deve acontecer e quais metodologias adotar. Elenca algumas sugestões ressaltando que elas podem ser desenvolvidas de forma isolada ou associadas, a citar tem-se:

- prova escrita ou de múltipla escolha, contemplando o aspecto de assistência integral à família (do recém-nascido ao idoso), com enfoque epidemiológico;
- prova prática de atendimento integral à saúde familiar e comunitária;
- prova teórico-prática de descrição do atendimento a uma situação simulada;
- entrevista, com caráter classificatório, visando a seleção de profissionais com perfil adequado;
- análise de currículo, sobretudo referente às atividades afins às propostas contidas no PSF, também com o intuito de avaliar a experiência e o perfil adequados para o exercício da função (BRASIL, 1997, p.31-2).

Percebemos que as narrativas coadunam com o que foi preconizado pelo Ministério da saúde no tocante ao processo seletivo. Contudo, quando avançamos para a contratação, esta

foi firmada mediante terceirização com diversas entidades sem fins lucrativos (Associações), como é possível notar nas narrativas das enfermeiras.

Porque nós éramos contratadas via associações. Cada dia era uma associação de bairro que assinava, que era responsável. Como até hoje eu não pude averbar ainda esses tempos de serviço porque eu não tenho como provar esse vínculo da época, porque cada dia era uma associação que estava responsável (Enfermeira Ixia).

Nós tivemos no início do PSF uma contratação via é... Através de uma terceirização, era um contrato feito através de terceirização. Nós fomos contratados pela Associação de Agentes Comunitários; e... Depois fomos contratados pela Associação de moradores do Cansanção. Só depois de uns dois anos – 99, 2000 – dois a três anos que esse vínculo mudou para cargo comissionado. Todos os que já estavam trabalhando nesse processo passou a ser cargo comissionado, como forma de contratação. O que eles colocaram na época é que essa mudança de vínculo, na verdade nós não seríamos um cargo de confiança, mas como forma de contratação. Seríamos um cargo comissionado, a gente passaria a ser cargo comissionado como uma forma de contratação. [...] Eu queria só acrescentar que esse cargo comissionado ao longo dos anos ele mudou a característica. Inicialmente nos foi colocado que o cargo comissionado seria apenas como uma forma de contratação, mas alguns anos depois essa configuração mudou passando a valer realmente como um cargo de confiança do gestor. Então, os enfermeiros de PSF passaram a ser contratados como um cargo de confiança, como um cargo político, com indicação por político, indicação de vereadores, mudou completamente essa questão (Enfermeira Rosa).

Em conformidade com o manual do Ministério é de inteira responsabilidade do município decidir pela modalidade de contratação de seus profissionais (BRASIL, 1997). Essa realidade passa a ser analisada numa conjuntura diferente quando tanto a portaria 648/2006 e a portaria 2488/2011 trazem a importância de que esse processo atenda a legislação vigente (BRASIL, 2006b; 2011).

Assim, as narrativas da Enfermeira Ixia e da Enfermeira Rosa convergem e comungam com o preconizado com o manual da Saúde da Família e diverge do que é preconizado pelas portarias. Ao analisarmos os Relatórios de Gestão percebemos que estes documentos não fazem menção à forma de contratação terceirizada. Podendo ser identificado os seguintes tipos de vínculos nos respectivos relatórios.

- Relatório de Gestão ano de Exercício 2000 – 02 enfermeiras do PSF possuem vínculo efetivo; 08 eram contratadas e 01 cedida, totalizando 11 enfermeiras do PSF (JEQUIÉ, 2000, p. 14-5 – Documento 1).
- Relatório de Gestão ano de Exercício 2003 – menciona a existência de 11 enfermeiras(os) de PSF, mas não especifica o tipo de vínculo/contratação. (JEQUIÉ, 2003 – Documento 2)
- Relatório de Gestão ano de Exercício 2004 – não menciona o número de enfermeiras(os) do PSF, apresenta o número de 12 equipes, o nos permite inferir sobre a existência de 12 enfermeiras(os). Nesse relatório

foi possível ratificar a ocorrência do Processo seletivo para o ingresso das enfermeiras da Estratégia Saúde da Família, e que consistiu em uma seleção interna, não especificando os critérios que compôs o processo. (JEQUIÉ, 2004 – Documento 3)

- Relatório de Gestão ano de Exercício 2006 – apresenta o número de 19 enfermeiras(os) na condição de Cargo Comissionado. (JEQUIÉ, 2006 – Documento 4)
- Relatório de Gestão ano de Exercício 2007 – apresenta um total de 24 enfermeiras(os) do PSF, denominados Gerentes Enfermeiro do Programa de Saúde da Família, em que 3 possuem a vinculação de Cargo Comissionado e 21 são estatutários em Cargo Comissionado. (JEQUIÉ, 2007 – Documento 5)
- Relatório de Gestão ano de Exercício 2008 – não traz um quadro específico, como nos exercícios anteriores, que retrate a quantidade e a vinculação dos referidos profissionais. Contudo se verifica na página 109 a existência de 25 equipes de Saúde da Família, nos permitindo inferir que são 25 enfermeiras(os). (JEQUIÉ, 2008 – Documento 6)

Na análise dos relatórios supracitados foi possível perceber que realmente não há correlação entre as informações das enfermeiras no que diz respeito ao vínculo por terceirização (Associações). Porque ao constar nos documentos as contratações, não especifica a instituição responsável pelo contrato.

Cotejando as informações oriundas das narrativas e dos relatórios conclui-se que o processo de recrutamento e contratação da ESF do município estudado no período histórico delimitado propiciou a precarização do trabalho para essas profissionais, no que diz respeito ao vínculo trabalhista. E que traz prejuízos financeiros, dentre outros, para as mesmas, acarretando inclusive aumento de sua carga de tempo de trabalho para fins de aposentadoria, por não conseguirem averbação necessária do período trabalhado nas associações, como ressalta a Enfermeira Ixia.

No que diz respeito à remuneração observamos que há divergências entre as informações fornecidas pelas enfermeiras deste estudo, em alguns casos chegam a ser bastante expressivas, cuja variação fica superior à ordem de 50%.

A última vez há mais ou menos cinco anos ficava em média de R\$ 3600,00; esse era o valor líquido. Bruto eu acho que ia pra quatro e alguma coisa, não me recordo bem, quatro e duzentos, por aí (Enfermeira Iris).

Não me recordo, mas eu acho que era dois mil, dois mil e alguma coisa. Mil e novecentos, dois mil reais. Ia aumentando o salário, ia aumentando e a gente não ia tendo aumento. A gente tentava alguma reivindicação assim e não conseguia (Enfermeira Ixia).

Se eu não me engano era R\$ 2.800,00 naquela época. É na faixa de R\$ 2.800,00 (Enfermeira Gardênia).

Por se tratar de uma variável de tamanha pessoalidade, a análise fica prejudicada diante das divergências presentes nas narrativas. Agravada pela insuficiência de informações relativas à remuneração dos profissionais da ESF nos relatórios de gestão, pois os mesmos trazem as receitas e despesas com a ESF como um todo.

Em conformidade com o manual Saúde da Família, é possível perceber que a “remuneração dos profissionais deve ser objeto de uma política diferenciada e adaptada às características locais, de modo a garantir a dedicação e disponibilidade necessárias ao bom desempenho de suas tarefas” (BRASIL, 1997, p. 32). Nas portarias 648/2006 e 2488//2011 esse processo visa atender o que preconiza a legislação vigente (BRASIL, 2006b; 2011).

Desse modo, podemos inferir que as enfermeiras podem desconhecer a legislação vigente que rege a vida do trabalhador, ao tempo que pode também traduzir uma falta de articulação entre as profissionais no tocante ao mundo do trabalho, seus conflitos e contradições.

No que se refere aos itens X e XI, presente na Portaria 2.488/11, citado anteriormente, e que versa sobre as competências municipais na garantia de estrutura física, recursos materiais, equipamentos e insumos necessários para o funcionamento das Unidades de Básicas de Saúde, ou seja, a garantia das condições de trabalho para a ESF. Percebemos nas narrativas das enfermeiras a existência de dificuldades para a implementação do seu trabalho em saúde.

[...]. A gente não conseguia, porque muitas vezes faltava material. Então, **a gente dava o jeitinho da gente ou incrementava, ou então tirava do próprio bolso pra poder você ver alguma coisa acontecendo**, principalmente no início que você está assim naquela garra, naquela vontade de ver as coisas acontecendo. Então às vezes era um papel, às vezes era um emborrachado, às vezes era um lanchinho, às vezes era uma parceria com um amigo que era professor de Educação Física que ia lá fazer acontecer alguma atividade com os idosos. [...] Então, a gente ia muito mesmo... Acho que era mais um ato de solidariedade, de... Sei lá, de caridade. Muitas vezes era assim que isso ia acontecendo (Enfermeira Iris, grifo nosso).

Razoável. É... Como ponto negativo assim falta de materiais, muitas vezes; falta de medicamento; falta de apoio, porque a Estratégia Saúde da Família, ela precisa estar interligada com outras questões que não apenas local. Mas assim outros tipos de exames; dificuldade de marcação de exames, exames de laboratório; as vezes falta de pessoal pra trabalhar, de marcação. Então assim, falta apoio muitas vezes de outros segmentos. Em relação às condições de trabalho os pontos positivos é que é mesmo a nível local. Em relação à equipe. **Os pontos positivos que eu consegui vivenciar, graças a Deus, foi em relação a equipe que a dedicação mesmo, dedicação ao trabalho, a harmonia no trabalho. Então a gente sente prazer em ir pra unidade, em trabalhar, em buscar novas estratégias pra estar trabalhando** (Enfermeira Rosa, grifo nosso).

Percebe-se convergência nas narrativas das enfermeiras ao apontarem as restrições vivenciadas por elas no desenvolvimento do seu trabalho em saúde. Nos inquieta, a narrativa da Enfermeira Iris, ao associar o seu trabalho a um ato de caridade, de solidariedade, ao afirmar que **“dava o jeitinho da gente ou incrementava, ou então tirava do próprio bolso pra poder você ver alguma coisa acontecendo”**.

Isso ratifica a práxis fetichizada presente no mundo da pseudoconcreticidade, em que o sujeito naturaliza/normaliza determinada situação como própria daquele contexto. E pode também ser um indicativo de manipulação de uma memória sobre a profissão enfermeira(o) que historicamente esteve vinculada à caridade, à solidariedade.

Na narrativa da Enfermeira Rosa mesmo diante de toda essa situação de falta de recursos materiais e insumos, ela conseguiu vivenciar pontos positivos, que consistem na relação com a equipe de trabalho, o que a estimulava e a fazia sentir prazer no trabalho.

Dejours (2007) destaca a importância em debater temas relacionados aos aspectos que perpassam pelo sofrimento e a defesa vivenciada no mundo do trabalho pelos profissionais. E destaca ainda que:

A naturalidade é interpretada como o resultado de uma composição entre o sofrimento e a luta (individual e coletiva) contra o sofrimento no trabalho. Portanto, a normalidade não implica na ausência de sofrimento, muito pelo contrário. Pode-se propor um conceito de “normalidade sofrente”, sendo pois a normalidade não o efeito passivo de um condicionamento social, de algum conformismo ou de uma “normalização” pejorativa e desprezível, obtida pela “interiorização” da dominação social, e sim o resultado alcançado na dura luta contra a desestabilização psíquica provocada pelas pressões do trabalho (DEJOURS, 2007, p.36).

Com isso, nota-se que as investidas das pressões do mundo do trabalho são emblemáticas e atendem as exigências do sistema do capital. Porém, destaca-se que o entendimento, anteriormente apresentado, sobre a naturalização pode traduzir a luta dos contrários vivenciada pelas enfermeiras do nosso estudo, pois diante da precarização do trabalho buscam alternativas para implementar o seu trabalho em saúde, buscam também ter prazer no que fazem. No entanto, não podemos deixar de mencionar que o referido sistema pode aproveitar-se dessa situação para perpetuar a sua soberania.

Na tentativa de ratificar esse entendimento buscou-se nos relatórios, conteúdos que corroborassem com as narrativas das enfermeiras. No entanto, percebemos divergências no tocante as narrativas e as informações dos documentos.

No ano de 2000 a SMS **adquiriu uma gama de materiais** para a instrumentalização de sua rede, sendo uma grande variedade direcionada à estruturação da Unidade de Saúde da Família (JEQUIÉ, 2000, p. 13 – Documento 1, grifo nosso).

Por isso, a administração manteve o quadro de funcionários contratados no ano de 1999, tendo realizado investimentos em **áreas prioritárias, como por exemplo, a Estratégia de Saúde da Família** (JEQUIÉ, 2006, p. 4 – Documento 4, grifo nosso).

Identificou-se nos relatórios que a ESF é considerada como a mola propulsora da atenção básica. Nela, os investimentos prioritários são feitos na tentativa de suprir as demandas oriundas da mesma. Porém, no Documento 4 conseguimos perceber convergência com as narrativas das enfermeiras, quando elencam algumas dificuldades encontradas:

- Dificuldades Encontradas
- N.º insuficiente de medicamentos básicos;
- Excesso de famílias nas áreas de abrangência de algumas equipes de saúde da família;
- Demora na aquisição de material permanente;
- Demora na liberação de material de consumo;
- Demora no conserto de equipamentos;
- (...)
- Dificuldade de transporte para supervisão e visitas domiciliares do PACS e PSF;
- Deficiência de recursos humanos na Secretaria e em algumas unidades;
- Alto número de profissionais de média e alta complexidade atendendo em unidades básicas de saúde, superlotando-as e prejudicando o bom andamento de alguns programas, devido a falta de consultórios necessários à demanda (JEQUIÉ, 2006, p. 20 – Documento 4).

Com isso, percebe-se que o processo de naturalização vivenciado pelas enfermeiras do nosso estudo pode traduzir para elas uma “dura luta contra a desestabilização psíquica provocada pelas pressões do trabalho” (DEJOURS, 2007, p.36). Entretanto, para o sistema capitalista pode ser um excelente instrumento para ratificar o seu poder. Com isso, percebemos também que o uso da memória se apresenta como uma excelente ferramenta para a criação do mundo da pseudoconcreticidade.

Ao tomarmos com base o item XVI da Portaria 2.488/11, que versa sobre as competências municipais na garantia de assegurar o cumprimento da carga horária integral de todos os profissionais que compõe as equipes de atenção básica, necessárias para o funcionamento das referidas unidade, as enfermeiras afirmam que:

A jornada de trabalho era 40 horas, manhã e tarde [...] (Enfermeira Iris).

Nós trabalhávamos 8 horas/dia (Enfermeira Ixia).

Jornada de trabalho de 40 horas (Enfermeira Violeta).

40 horas (Enfermeira Gardênia).

As narrativas das enfermeiras convergem ao afirmarem que a jornada de trabalho era de 40 horas semanais. Essa carga horária não estava explícita no manual de saúde da família de 1997, no entanto, corrobora com o preconizado na Política Nacional de Atenção Básica

como explicitado no inciso IV da portaria 648/2006 (BRASIL, 2006b), e ratificado na portaria 2.488/11, inciso V.

V - carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde membros da equipe de saúde da família, [...]. A jornada de 40 (quarenta) horas deve observar a necessidade de dedicação mínima de 32 (trinta e duas) horas da carga horária para atividades na equipe de saúde da família podendo, conforme decisão e prévia autorização do gestor, dedicar até 08 (oito) horas do total da carga horária para prestação de serviços na rede de urgência do município ou para atividades de especialização em saúde da família, residência multiprofissional e/ou de medicina de família e de comunidade, bem como atividades de educação permanente e apoio matricial (BRASIL, 2011).

Entretanto, algumas enfermeiras alegaram trabalhar além das quarentas horas semanais preconizadas. O que pode caracterizar como horas extras trabalhadas.

Nossa jornada de trabalho era de 40 horas, mas podendo estar aberta a alguns trabalhos, tipo reuniões noturnas ou final de semana, que seriam essas horas extras como as companhias de vacina, ou trabalhos como no São João, na Exposição. Alguns trabalhos extras assim, nesse sentido; centro de saúde, que nós não recebíamos por isso e era essa combinação de folgas (Enfermeira Rosa).

Quarenta na unidade. Fora o que a gente fazia em casa, reuniões em secretaria de saúde, reunião de comunidade à noite (Enfermeira Tulipa).

Em conformidade com a Constituição Federal de 1988, percebemos um descumprimento do artigo 7º, inciso XVI, que reza sobre a remuneração do serviço extraordinário superior, no mínimo, em cinquenta por cento a do normal (BRASIL, 1988). As narrativas mencionam a existência de acordos entre o Poder Público e as Enfermeiras, no entanto, não encontramos nos Documentos analisados garantia sobre como essa situação se desenvolvia.

Com isso, podemos inferir mais uma vez a respeito do desconhecimento, por parte das enfermeiras, da legislação trabalhista. O que pode propiciar o processo de naturalização de determinadas práticas, como no caso dos acordos supracitados; ao tempo que essa situação pode também evidenciar a pseudoconcreticidade, que propicia a captura dos sujeitos pelo sistema do capital a partir de sua práxis fetichizada.

## **4 A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO CONTEXTO DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: MEMÓRIAS DE ENFERMEIRAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Somente quando o homem, em sociedade, busca um sentido para sua própria vida e falha na obtenção deste objetivo, é que isso dá origem à sua antítese, a perda do sentido (Lukács – Ontologia do ser social).

Nesta seção, abordamos sobre as políticas neoliberais e sua influência no campo da saúde, como o propósito de evidenciar os conflitos e as contradições existentes entre o trabalho em saúde e a precarização do trabalho a partir das vivências das enfermeiras ao desenvolverem a sua prática profissional na ESF. Essa abordagem nos possibilitou conhecer as memórias sobre a precarização do trabalho e a perceber como estas memórias se apresentam diante da análise crítica da realidade objetiva vivenciada pelas enfermeiras da ESF.

### **4.1 AS POLÍTICAS NEOLIBERAIS E SUA INFLUÊNCIA NA SAÚDE: ENTRE CONFLITOS E CONTRADIÇÕES**

Iniciamos nossa reflexão partindo do pressuposto de que:

[...] com o advento do capitalismo, houve uma transformação essencial que alterou e complexificou o trabalho humano. Essa dupla dimensão presente no processo de trabalho que, ao mesmo tempo *cria e subordina, emancipa e aliena, humaniza e degrada, oferece autonomia, mas gera sujeição, libera e escraviza*, impede que o estudo do trabalho humano seja unilateralizado ou mesmo tratado de modo binário e mesmo dual (ANTUNES, 2008, p.4, grifo do autor).

O que nos faz ver a complexidade que perpassa pelas discussões que envolvem a temática da precarização do trabalho, pois a mesma emerge da temática central que é o trabalho humano com suas contradições vivenciadas principalmente na era do capital.

O trabalho precário é resultante das influências do crescimento da globalização e das Políticas Neoliberais. Ambas resultam na “interdependência econômica e seus correlatos, tais como maior comércio internacional e movimento acelerado de capital, produção e trabalho; e uma ideologia que implica desregulação, privatização e remoção de proteções sociais” (KALLEBERG, 2009, p. 22), respectivamente.



Desse modo, acreditamos ser pertinente abordar sobre a influência das políticas neoliberais formuladas na era da Reestruturação Produtiva, que emergiram com o propósito de fortalecer o sistema capitalista. Esse processo de reestruturação produtiva implica em mudanças no plano da produção e do trabalho, que apoiado na ideologia neoliberal auxilia na manutenção do padrão de acumulação do capital, como também garantir a sua hegemonia (ANTUNES, 2008).

No campo da saúde essa reestruturação produtiva se configura como intervenções que impactem em mudanças no modo de produzir o cuidado através de inovações na forma de assistir e cuidar do indivíduo e coletividades. Acontece de forma desigual e em diversos graus de mudança, no interior dos processos de trabalho em saúde (MERHY; FRANCO, 2005).

No entanto, não podemos deixar de mencionar que esse processo não se dá na direção do interesse do indivíduo e coletividade exclusivamente, visto que existe uma disputa por uma transição tecnológica. Essa disputa se configura entre o capital do complexo médico industrial, que se apoia num modelo hospitalocêntrico, biologicista, cujas tecnologias duras e leve-duras são fortemente valorizadas. Implica também na valorização do discurso em defesa da produção da saúde, em que o pano de fundo se constitui nas possíveis formas de obtenção do lucro com o trabalho em saúde (MERHY; FRANCO, 2005).

Nesse contexto,

A ideologia neoliberal ressalta a importância do indivíduo e a sua livre escolha de bens e serviços a serem consumidos. Assim, os cidadãos não são reconhecidos como sujeitos de direito, mas como consumidores e como tal devem pagar pelos serviços que desejam e necessitam. O ideário neoliberal afirma que os bens e serviços como saúde, educação e seguridade social seriam responsabilidade dos indivíduos. A oferta de tais serviços seria regulada pelo livre mercado, devendo o Estado se limitar a atuar somente frente a carências extremas (FARIA; DALBELLO-ARAUJO 2011, p. 146).

Essas propostas se tornam mais acirradas no cenário brasileiro na década de 1990, período em que se regulamentou o SUS, como vimos na introdução e na seção que versa sobre o referido sistema. Diante desse contexto nos questionamos sobre como é possível pensar na proposta do SUS frente às investidas das políticas neoliberais que se apresentam completamente contraditórias, e que traz a saúde não como direito, mas como mercadoria?

Nessa perspectiva:

[...] o cenário econômico, político e social de onde emerge o SUS, que advoga uma desmercantilização da saúde, apresenta-se contraditório e conflituoso, uma vez que há no Brasil um crescimento da rede privada de saúde, portanto dentro do processo de acumulação capitalista sustentado pelas políticas neoliberais (PEREIRA 2008, p.405).

Essas investidas corroboram também com a sugestão do então diretor da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), George Alleyne, anteriormente apresentada, em que as políticas neoliberais estão bem impregnadas.

Com isso, percebemos que o SUS encontrou e continua a encontrar percalços para a sua efetivação como política de saúde, pois no seu início se deparou com um cenário de privatizações e de abertura comercial que propiciaram a redução das responsabilidades do Estado, o sucateamento dos serviços públicos, gerando a precariedade no atendimento, nas condições e nos recursos institucionais, o que ratifica o impasse para a efetivação dos direitos sociais.

Não obstante, percebe-se ainda que as políticas neoliberais propuseram retroceder às intervenções que outrora o Estado fazia no campo da saúde e que traduz as memórias sobre o trabalho em saúde numa perspectiva limitada, fragmentada, curativista; e que estavam voltadas às situações de emergências, epidemias entre outras situações de cunho focalizado e paliativo, que por ventura pudessem comprometer e impactar a hegemonia econômica. Nota-se que as investidas das políticas neoliberais perpassavam pela preservação dessa memória atribuída ao trabalho em saúde.

No governo de Fernando Collor de Melo as interferências das políticas neoliberais ganharam força no setor público brasileiro. Pois foi nesse período que se iniciou um processo de planos de demissão de pessoal e de medidas que propiciassem a diminuição das responsabilidades estatais, situação que permaneceu nos governos seguintes, culminando com uma política de contenção financeira, e uma legislação disciplinadora em torno dos gastos com pessoal.

Uma das preocupações do governo foi diminuir o número de servidores públicos em regime estatutário. Assim, houve a abertura para um movimento de terceirizações nos serviços públicos por prestadores ou pela contratação de pessoal por tempo determinado através de cooperativas, fundações privadas e organizações não governamentais. Situação relatada pelas enfermeiras do nosso estudo, na seção anterior, ao apontarem a sua forma de contratação via associações e terceirizações, apesar dos documentos não mencionarem tal realidade.

Para ratificar esse cenário destaca-se que:

No campo da saúde, no Brasil, a assimilação dos pressupostos neoliberais, a partir do início da década de 1990, momento em que também se iniciava o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), resultou num quadro que pode ser caracterizado da seguinte forma: ampliação do acesso aos serviços de atenção básica; mercantilização dos serviços de nível

secundário e terciário (cerca de 70% da oferta estão na iniciativa privada); **grande precarização dos vínculos de trabalho no setor público; terceirização de grande parte dos serviços assistenciais e terapêuticos;** conformação de um sistema de saúde complementar, regulamentado; e institucionalização da participação, por meio dos conselhos e conferências de saúde nas três esferas de governo (RIZZOTTO, 2008, p.278-9, grifo nosso).

Nesse contexto, percebe-se também a implementação da política expansionista de abertura de novas instituições de formação superior, cuja área da saúde foi fortemente contemplada. Esse fato merece um olhar diferenciado, pois “sendo a saúde uma área de proteção e regulação do Estado” suscita questionamentos quanto a “equacionar o dilema de ampliação do direito da população à universidade” e “as reais necessidades de novas escolas de saúde” (MACHADO, 2005, p. 273).

Já abordamos aqui a necessidade do sistema capitalista constituir um exército de reserva para auxiliar no controle e manipulação da força de trabalho. Situação que não se distancia desse cenário nacional. Nessa perspectiva, “pode-se dizer que a década de 1990 foi perdida para os trabalhadores da saúde, por várias razões” (MACHADO, 2005, p.273).

Essas razões propiciaram aos trabalhadores que:

a) Não tivessem perspectiva alguma de carreira profissional; b) a renovação e a expansão de novos profissionais não se dessem de forma correlata em termos constitucionais, e sim por meio da precarização do trabalho, criando, assim, um exército de trabalhadores sem direitos sociais e trabalhistas, aos moldes do início do século XX; c) a expansão das equipes com a entrada de novas profissões e ocupações se desse de forma anárquica, sem regulamentação e pouco comprometida com os preceitos do SUS; d) a expansão de novos cursos de saúde ocorresse sem critérios coerentes de qualificação do trabalho do SUS (MACHADO, 2005, p.274).

Assim, a precarização do trabalho ganha espaço e se prolifera ao assumir vários significados, dos quais podemos citar como sentido principal o fortalecimento do sistema do capital e a degradação do trabalhador. Esse sentido é manifestado através da forma como ela se apresenta e se caracteriza no mundo do trabalho, e conseqüentemente propicia a construção de suas memórias.

A precarização do trabalho, já explicitada na introdução deste estudo e aqui resgatada, é um processo característico da sociedade capitalista, expressa em diferentes modalidades de organização do trabalho: trabalho temporário, parcial, subcontratado, tendência que recupera as formas econômicas, políticas e ideológicas de controle do trabalho e do emprego (ANTUNES, 2008).

Os efeitos da precarização do trabalho podem ser observados no ressurgimento de formas pretéritas de trabalho, visto numa perspectiva da articulação entre o novo e o velho, do

diferente e do igual, do passado e do presente e assume um caráter macro e microsocial (DRUCK, 2011). Por essas razões não podemos estudá-la numa perspectiva unilateralizada de fenômenos isolados, pois correremos o risco de ofuscar o seu processo, a sua totalidade.

Então, diante desse contexto em que a precarização do trabalho se constitui em um processo presente no mundo do trabalho em saúde, e nas fragilidades de uma política de Recursos Humanos condizente com o processo de consolidação do SUS inicia as discussões sobre essa temática.

Em 2003 percebemos mudanças positivas no tocante a área de RH da saúde com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na saúde. Nesse mesmo ano criou-se o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS, e em 2006 institui o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, como também mencionamos na introdução deste estudo.

Nessa perspectiva os:

[...] gestores das três esferas de governo e lideranças trabalhistas estão analisando e debatendo alternativas para combater a precariedade do trabalho no SUS, através do estabelecimento de vínculos que assegurem direitos e estabilidade aos trabalhadores e também a organização dos serviços de saúde oferecidos à população, considerando que o **vínculo precário tem reflexos diretos na qualidade dos serviços oferecidos e na regularidade do trabalho dos profissionais**. [Saraiva Felipe, então Ministro de Estado da Saúde] (BRASIL, 2006, p. 10, grifo nosso).

Percebe-se que as discussões se apresentavam num contexto relacionado às questões que envolviam a constituição dos vínculos empregatícios e dos direitos trabalhistas e as implicações que estes acarretavam aos serviços de saúde no que se refere a qualidade e a regularidade no trabalho dos profissionais de saúde.

O referido Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS traz a definição de trabalho precário segundo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), em que o:

[...] trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de vínculo direto ou indireto. Ainda segundo o CONASS e o CONASEMS, mesmo que o vínculo seja indireto, é necessário garantir o processo seletivo e, sobretudo, uma relação democrática com os trabalhadores (BRASIL, 2006, p.13).

O referido Programa traz ainda a visão sobre trabalho precário das Entidades Sindicais que representam os trabalhadores do SUS ao apresentar que este:

[...] está caracterizado não apenas como ausência de direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, mas também como ausência de concurso público ou processo seletivo público para cargo permanente ou emprego público no SUS (BRASIL, 2006, p.13).

Essas concepções sobre trabalho precário se apresentam de forma limitada e traduz uma análise unilateralizada do processo de precarização do trabalho, pois o atrela apenas ao vínculo empregatício e aos direitos trabalhistas constituídos por lei. Ao tempo que o constitui como um obstáculo para o desenvolvimento do trabalho em saúde, e consequente consolidação do SUS.

Diante do exposto buscou-se conhecer as memórias das enfermeiras do nosso estudo sobre Precarização do trabalho, e com isso tentamos analisar a compreensão delas sobre a relação trabalho em saúde e precarização do trabalho ao implementarem a sua prática profissional em uma realidade objetiva vinculada à Estratégia Saúde da Família.

#### 4.2 MEMÓRIAS DAS ENFERMEIRAS SOBRE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO

As memórias das enfermeiras da ESF sobre a precarização do trabalho se apresentam voltadas ao vínculo empregatício, apesar de reconhecerem a existência de outros fatores como condições de trabalho e sobrecarga de trabalho ao revelá-las. Porém, com pouca expressividade em suas narrativas.

[...] a gente discutia bastante questões relacionadas também aos vínculos, às condições de trabalho, [...] (Enfermeira Iris).

Principalmente pela instabilidade por não ter esse vínculo garantido, vamos dizer assim; [...] pela pressão da sobrecarga de trabalho; por ter que trabalhar até assim, sendo é... Não sei se a palavra seria ameaçado, mas correndo o risco de perder aquele vínculo o tempo todo, de sair, de ser exonerado (Enfermeira Rosa).

Diante dessas narrativas afirma-se que a “precarização do trabalho no contexto brasileiro decorre da síndrome objetiva da insegurança de classe (insegurança de emprego, de representação, de contrato, etc.) que emerge numa textura histórica específica – a temporalidade neoliberal” (ALVES, 2009, p.189).

Essa insegurança e instabilidade demonstra que as enfermeiras não estão adaptadas às novas exigências do mercado presentes na era do capitalismo flexível, que visa mudanças para a vida do trabalhador; que muitas vezes se veem divididos entre as fragilidades presentes no processo de precarização do trabalho e à necessidade de manter-se empregado, em que se sujeitam às explorações e espoliações para não compor a estatística do desemprego e garantir a sua subsistência.

Na área da saúde vivenciam também a necessidade de garantir uma assistência de qualidade aos sujeitos que demandam cuidados, e que muitas vezes se veem adoecendo, principalmente em virtude de um cenário contraditório em que vivenciam a relação trabalho em saúde e precarização do trabalho.

Importante destacar que o sistema capitalista passou por diversas modificações para atender a acumulação flexível do capital. Atualmente se apresenta numa conjuntura de capitalismo flexível, que mesmo diante de um crescimento desacelerado da economia, garante o aumento da lucratividade em tempos antes não vivenciados (DRUCK, 2011).

O capitalismo flexível propicia mudanças nas formas rígidas de burocracia no mundo do trabalho, ao tempo que exige do trabalhador o desenvolvimento de características que atendam às novas exigências do mercado - agilidade, estarem abertos a mudanças em curto prazo, assumam riscos continuamente e dependam cada vez menos de leis e procedimentos formais (SENNETT, 1999).

No entanto, é possível inferir que as enfermeiras não estavam adaptadas a essas mudanças impostas, nem tão pouco, percebem que essa situação faz parte do contexto da reestruturação produtiva e das políticas neoliberais; e que elas e toda a classe trabalhadora são alvos desse processo. Essa inferência ganha força na narrativa a seguir:

Vivenciei a precarização do trabalho com as coisas rotineiras que atrapalhavam o andamento do serviço. [...] Apesar do esforço da equipe, entendo que faltou maior comprometimento da gestão vigente: falta de seriedade com os programas de saúde que começam e por irresponsabilidade, incompetência e desinteresse dos governantes, deixam a população a mercê da sorte, desprovida de uma assistência séria de saúde que venha trazer benefícios e promoção de saúde com qualidade (Enfermeira Violeta).

Percebe-se um distanciamento entre as realidades vivenciadas pela Enfermeira Violeta. Uma que está diretamente ligada ao SUS, política que garante o direito à saúde para todos os cidadãos brasileiros e se apresenta como proposta para o bem viver; e a outra que se refere as políticas neoliberais, que propõe a implementação do Estado mínimo.

Com isso, é possível perceber mais uma vez que a análise crítica da realidade objetiva das enfermeiras pode estar distanciada do real, pois absorvem o discurso dominante de mudança, em que as práticas se encontram na contramão evidenciada na relação trabalho em saúde e precarização do trabalho.

Trazemos essa reflexão por percebermos que as políticas neoliberais vão de encontro a alguns princípios básicos do SUS como a universalidade de acesso a saúde ao cidadão brasileiro, pois visa atender grupos específicos da sociedade; a integralidade que se contradiz

à proposta de uma assistência voltada à atenção básica; e a participação popular que pode sofrer influências das leis de mercado. Pois atendem à ordem do individualismo egocêntrico do viver bem.

A narrativa acima nos propicia essa percepção quando aborda o desinteresse e a irresponsabilidade do gestor municipal na garantia de uma assistência de qualidade para a população. Porém, demonstra desconhecer que essa situação é fruto das interferências provenientes das políticas neoliberais, com a instauração do Estado mínimo em que a população passa a ser responsável pela sua saúde e em garantir essa assistência de qualidade.

Desse modo, voltamos a dizer que as enfermeiras vivenciam essa experiência da precarização do trabalho, porém numa concepção distanciada de uma análise crítica da realidade objetiva à qual fazem parte, colocando-se muitas vezes como vítimas do processo.

Outra questão que também se apresenta nessa narrativa é o fato de a enfermeira perceber a precarização do trabalho como um obstáculo para o desenvolvimento dos serviços públicos de saúde. O que mais uma vez ratifica a ambivalência vivenciada por elas ao implementarem o seu trabalho em saúde. Ratifica também a “nova” roupagem utilizada pelo processo de precarização do trabalho que se evidencia na Reestruturação Produtiva do capital e na implementação das políticas neoliberais.

É possível perceber aspectos comuns na narrativa a seguir com as demais narrativas apresentadas, pois a mesma associa a precarização do trabalho às questões de desestruturação dos serviços de saúde e de vínculo empregatício. No entanto, apresenta uma nova demanda que está diretamente ligada a desvalorização do profissional enfermeiro.

[...] não vou lhe dizer assim em termos de financi... Remuneração, mas em relação a desvalorização mesmo do profissional enfermeiro, a questão de começar a desestruturar o serviço, a questão do vínculo (Enfermeira Gardênia).

Essa desvalorização do profissional suscitada na narrativa da Enfermeira Gardênia pode colaborar para uma invisibilidade dessa categoria profissional, situação presente historicamente no mundo das mulheres e aqui já mencionada. Ao tempo que essa invisibilidade é também percebida frente às inúmeras dificuldades que permeiam o processo de trabalho da enfermagem, e pode acarretar consequências danosas para essa categoria profissional, como por exemplo, perda de identidade profissional e desmotivação pelo trabalho (ALBUQUERQUE; FIGUEIREDO; FREITAS et al, 2016).

O processo de construção da identidade se dá em alusão aos critérios de aceitabilidade, de admissibilidade, de credibilidade, e que se consuma por intermédio da negociação direta com outros (POLLAK, 1992). E no caso da enfermagem esse processo traz consigo memórias

petrificadas da enfermagem como profissão feminina impregnada de estigmas que podem propiciar uma desvalorização profissional, e frente ao processo de precarização do trabalho isso pode ganhar ainda mais força e implicar na desmotivação pelo trabalho e afetar o nível de compromisso dessas profissionais consigo e com o seu processo de trabalho em saúde.

O processo de precarização do trabalho acarreta no trabalhador a corrosão da sua identidade, como também a anomia<sup>13</sup> (SENNETT, 1999), sem deixar de mencionar os prejuízos também para sua saúde. Assim, apresentaremos as experiências vivenciadas pelas enfermeiras neste contexto.

#### 4.3 ENTRE OS DITOS E NÃO DITOS SOBRE O PROCESSO DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA PERSPECTIVA DAS ENFERMEIRAS

A exploração da força de trabalho pode se apresentar de diversas maneiras, e está diretamente ligada às mudanças emblemáticas que o processo de precarização do trabalho propicia ao mundo do trabalho. Pois o referido processo se apresenta como uma estratégia de dominação (ANTUNES, 2008; DRUCK, 2011).

Assim, para iniciar esta seção acreditamos ser oportuno entender como se configuram as bases objetivas do processo de precarização do trabalho, que na perspectiva de Alves (2009, p.189) se manifestam de formas variadas e se traduzem na “intensificação (e a ampliação) da exploração (e a espoliação) da força de trabalho e o desmonte de coletivos de trabalho e de resistência sindical-corporativa”.

Desse modo, apresentamos algumas das experiências vivenciadas pelas enfermeiras do nosso estudo, que corroboram com o entendimento supracitado sobre as bases objetivas do processo de precarização do trabalho. Ao tempo que se relacionam diretamente com os tipos de precarização do trabalho reapresentado em Druck (2011).

Essa tipologia é constituída por seis tipos de precarização do trabalho e está assim definida, com o propósito de agrupar indicadores que traduzam a realidade brasileira:

- O primeiro tipo da precarização do trabalho: vulnerabilidade das formas de inserção e desigualdades sociais [...];
- Segundo tipo de precarização: intensificação do trabalho e terceirização [...];
- Terceiro tipo de precarização social: insegurança e saúde no trabalho [...];

---

<sup>13</sup> Conceito cunhado por Émile Durkheim, reflexo das diversas e abruptas transformações sociais, e que traz a ideia do enfraquecimento das normas de uma sociedade, propiciando o entendimento de que tudo é permitido.



- Quarto tipo de precarização social: perda das identidades individual e coletiva [...];
- Quinto tipo de precarização do trabalho: fragilização da organização dos trabalhadores [...];
- Um sexto tipo de precarização social do trabalho: a condenação e o descarte do Direito do Trabalho [...] (DRUCK, 2011, p.47-52).

O primeiro tipo de precarização do trabalho se inscreve no processo de mercantilização da força de trabalho e nas formas de contrato. Esse processo propicia à classe trabalhadora uma maior vulnerabilidade aos contratos precários, cuja proteção social encontra-se negligenciada, num mercado desigual e segmentado (DRUCK, 2011).

O mercado de trabalho pode ser entendido por diversas perspectivas econômicas e sociológicas (OLIVEIRA; PICCININI, 2011), mas a que mais se encaixa com a dinâmica discursiva empregada em nosso estudo é a vertente marxista que vê a força de trabalho como mercadoria passiva de exploração e de regulação pelas organizações.

Essa perspectiva estabelece a lei de oferta e da procura e constitui um exército de reserva para facilitar o processo de controle e manipulação da força de trabalho. Nessa abordagem o desemprego se constitui como fonte reguladora das formas de pagamento da força de trabalho, cujos salários dos trabalhadores se configuram mais baixos para atender aos interesses dos grupos dominantes e das organizações (OLIVEIRA; PICCININI, 2011).

A narrativa a seguir demonstra como se constituiu o mercado de trabalho para a ESF do município em estudo e sua forma de contratação.

Até um período nós ficamos contratadas via associação dos Agentes Comunitários de Saúde, além das associações de bairro. Então assim, apesar de ter sido um processo legítimo quando fizeram **um processo seletivo pra gente**, na hora de **legalizar a parte trabalhista, não era legalizado. E a gente acabava, por imaturidade, aceitando isso, não porque era imposta por eles**. A gente não tinha a maturidade pra entender que aquilo ali estava errado e cobrar. Porém, eu **também não sei se a gente cobrasse, se eles iriam aceitar ou se iam demitir a gente e colocar outro no lugar**; eu também não sei se te dizer isso (Enfermeira Ixia, grifo nosso).

Diante do exposto, é possível perceber o processo de caracterização do mercado de trabalho, em que a seleção se configurou como a oferta de emprego e a participação das enfermeiras na referida seleção como a procura do mesmo.

Notamos também que a Enfermeira Ixia menciona a existência de legitimidade no processo de seleção, no entanto, ressalta que não existiu o mesmo critério na implementação do contrato, pois alega ter sido contratada por associações diversas, como vimos nessa narrativa e na seção que versa sobre a ESF anteriormente apresentada. O que caracteriza a vulnerabilidade dessa profissional às diversas formas de inserção no mercado de trabalho como também de sua desproteção social.

Outro ponto que merece atenção e que pode também evidenciar essa vulnerabilidade e os riscos de desemprego é o fato de mencionar que uma das contratações se deu pela Associação dos Agentes Comunitários de Saúde. Em conformidade com a Portaria 648/2006, revogada e convertida na portaria 2.488/2011 é atribuição do enfermeiro “planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe” (BRASIL, 2011).

Isso nos faz indagar sobre como é possível pensar que o órgão responsável pela contratação das enfermeiras é formado por trabalhadores que desenvolvem suas ações sobre a supervisão de suas contratadas? Que autonomia teriam essas enfermeiras ao desenvolverem as ações supramencionadas e normatizadas pela referida Portaria? Estariam essas associações funcionando como braço do Estado/Poder Público para manipular e regular esse mercado? Entre tantas questões que podem emergir diante dessa realidade apresentada.

Não se pode deixar de mencionar também que a regulação e organização do mercado encontram-se amparada na Portaria supracitada, que suscita como competência do poder público municipal “selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Atenção Básica, em conformidade com a legislação vigente” (BRASIL, 2011). No entanto, notamos na narrativa da Enfermeira Ixia que o que acontecia eram contratos por terceirizações.

No início da década de 1990 inicia-se um movimento expressivo em torno da terceirização. No entanto devemos levar em consideração que:

[...] nos anos 2000, numa conjuntura econômica internacional favorável e de retomada do crescimento para todos os setores, especialmente aqueles estudados nos anos 1990 (automotivo, petroquímica e bancário), não se altera o movimento da terceirização, que continua a crescer em todas as atividades, atingindo agora também o setor público de forma intensa. Essa “epidemia” da terceirização, como uma modalidade de gestão e organização do trabalho, explica-se pelo ambiente comandado pela lógica da acumulação financeira que, no âmbito do processo de trabalho, das condições de trabalho e do mercado de trabalho, exige total flexibilidade em todos os níveis, instituindo um novo tipo de precarização que passa a dirigir a relação entre capital e trabalho em todas as suas dimensões. (DRUCK, 2011, p.49)

O que a nosso ver justifica a adoção dessa modalidade de gestão e organização do trabalho pelo poder municipal, e que encontra amparo na legislação vigente. Ou seja, a terceirização pode não ser vista com bons olhos pela classe trabalhadora, mas são fortes instrumentos para fortalecer a acumulação financeira, e objetivamente a relação capital trabalho.

Esse contexto nos aproxima, sobremaneira, do segundo tipo de precarização do trabalho que passa pela terceirização, na qual o trabalhador vende a sua força de trabalho e se sujeita a formas variadas de constituição dos vínculos trabalhistas (terceirização, entre outros) (DRUCK, 2011).

Esse tipo também promove a intensificação do trabalho traduzido nos padrões de gestão e organização do trabalho. O que nos aproxima da ideologia gerencialista baseada na racionalidade instrumental (CHIAVEGATO FILHO; NAVARRO, 2012) a partir de um trabalhador polivalente.

E apesar de tudo, nós éramos cobradas a realizar, a efetivar, nem que fosse com a boca apenas pra dizer que fazia alguma coisa de atividade; a gente tinha que cumprir, tinha que fazer, de qualquer forma, tinha que mandar relatórios que fez palestras, que desenvolveu reuniões de grupos, [...] (Enfermeira Iris).

As narrativas da Enfermeira Ixia apresentada no início dessa discussão sobre os tipos de precarização do trabalho e da Enfermeira Iris nos traz uma ideia de sujeição, ao passo que nos faz perceber um sentimento de impotência vivenciado por essas enfermeiras ao explicitar que essa situação se deu por imaturidade dela e não por imposição da gestão municipal (Enfermeira Ixia), e pelas cobranças (Enfermeira Iris) respectivamente.

Diante dessa sujeição assumem a responsabilidade por vivenciar essas faces da precarização do trabalho. Entretanto, essa realidade de impotência e sujeição é percebida por elas, e mais claramente pela Enfermeira Ixia quando alega não saber se a situação seria diferente caso reivindicasse por melhores condições de contratação e caso isso acontecesse, ela poderia vivenciar a demissão.

Pode-se inferir que a enfermeira Ixia buscou uma forma de minimizar o descontentamento gerado pela situação vivenciada na forma de organização do trabalho, “naturalizando-a”. Essa prática se apresenta como um mecanismo que auxilia na luta contra o sofrimento no labor e na defesa que o trabalhador encontra para garantir a sua motivação pelo trabalho, caracterizando assim um sentimento de “normalidade sofrente” proposto por Dejours (2007) e anteriormente mencionado.

A partir de uma aproximação com o campo da memória não se pode descartar a ideia de que essa situação favorece para a construção de uma práxis fetichizada, para aumentar a vulnerabilidade do trabalhador e conseqüentemente contribuir para uma manipulação e controle dos mesmos, o que gera contextos de conflitos e contradições no processo de exploração da força de trabalho.

No tocante ao terceiro tipo de precarização do trabalho que está diretamente ligado à insegurança e saúde no trabalho e se caracteriza pelo trabalho flexível. Relembramos que no que consiste a insegurança, mencionamos na seção anterior sobre a síndrome objetiva da insegurança da classe trabalhadora vivenciada pelas enfermeiras. Situação característica do processo de precarização do trabalho no contexto neoliberal como afirmou Alves (2009). Essa insegurança pode gerar no trabalhador consequências que afetam a sua saúde e que comprometam o desempenho do seu trabalho.

No que consiste ao desempenho do trabalho flexível a Enfermeira Rosa apresenta essa realidade vivenciada por ela:

A gente sempre está desenvolvendo atividades que não são do enfermeiro, o que leva na verdade a uma sobrecarga, o que leva a uma sobrecarga do profissional dentro da Estratégia. Por exemplo: dar um suporte na liberação de medicamento na farmácia porque aquele funcionário não esteve ali; ou estar na marcação de exames porque abriu as cotas do CERAJE e não tem técnico; marcação de consultas (Enfermeira Rosa).

Ao ser questionada sobre os motivos que a levaram a desenvolver essas atividades, percebe-se que os mesmos perpassam pelas imposições tanto da gestão municipal, como também da comunidade. O que pode caracterizar o desenvolvimento de uma práxis fetichizada.

Resolver. Resolver. O que na verdade eu nunca... Dentre todas as atividades do PSF o que eu não... [Nesse instante a enfermeira se emociona muito e chora] [...] Então acaba gerando uma pressão; você trabalha sobre pressão; você trabalha sobre uma sobrecarga de trabalho, tendo que resolver muitos problemas, tendo que dar solução. E assim, essa pressão também vem da comunidade, não é apenas da gestão, mas essa cobrança também vem da comunidade. E com a precarização a gente fica se sentindo vulnerável a tudo isso, instável. E isso acaba comprometendo o processo de trabalho (Enfermeira Rosa).

Acredita-se que o maior motivo para essa exposição pode estar ligado à necessidade de minimizar a pressão vivenciada por ela para dar solução as demandas emergentes e que garantam o desenvolvimento do trabalho em saúde. Entretanto a Enfermeira Rosa consegue perceber que tudo isso compromete o desenvolvimento do seu trabalho, mas sente-se impotente para dar outros direcionamentos.

No tocante à saúde do trabalhador, essa cobrança percebida pela Enfermeira Rosa acarreta “[...] reações adversas [...], tais como fadiga, ansiedade, depressão e doença física” e “ocorrem quando a demanda do trabalho é alta e o grau de controle do trabalhador sobre o trabalho é baixo (trabalho em alta exigência)” (ARAÚJO; AQUINO; MENEZES et al, 2003,

p. 425). Fato que a nosso ver pode demonstrar o nível de fetichização do trabalho vivenciado pela trabalhadora, e as consequências desse processo para a sua vida pessoal e profissional.

A enfermagem constitui-se como a categoria profissional de maior exposição ao trabalho em alta exigência (alta demanda e baixo controle do trabalho) (ARAÚJO; AQUINO; MENEZES et al, 2003). O que nos faz pensar no quanto as memórias constituídas sobre a enfermagem e os estigmas presentes na história das mulheres podem se constituir como os desencadeadores dessa situação. O quanto necessário se faz repensarmos essas memórias e esses estigmas.

Ainda em consonância com as cobranças relativas ao trabalho a Enfermeira Iris relata que:

Teve momentos inclusive que eu me sentia sofrendo até assédio moral, porque se nós não fizéssemos conforme era exigido, mesmo sem condições nenhuma às vezes de realizar tal atividade solicitada, exigida, a gente ouvia determinadas situações de que enfermeiros existiam muitos (Enfermeira Iris).

Nota-se nessa narrativa que a insegurança no trabalho se deu pela ocorrência do Assédio Moral (AM). Esse por sua vez encontra suas bases na temática da violência no trabalho, representado pelo uso da força e do poder nas relações laborais, que muitas vezes não tem a notoriedade necessária, principalmente na enfermagem, “pois em muitos casos o profissional por ‘medo’ ou até mesmo ‘receio’, se cala frente à situação” (AZEVEDO; ARAÚJO, 2012, p. 2579).

Essa:

[...] problemática do AM no trabalho se tornou acessível para a população quando a mídia expôs que, em algumas organizações, o trabalhador vivenciava situações constrangedoras durante sua jornada laboral. Tal fato fez emergir futuras discussões e debates entre profissionais de diversas áreas inclusive na área da saúde, despertando no trabalhador a motivação da denúncia do sofrimento vivenciado no trabalho (AZEVEDO; ARAÚJO, 2012, p. 2579).

Assim, a insegurança gera o medo. No entanto, a materialização do medo não se manifesta de forma objetiva, pois encontra na ideologia defensiva, presente na normalidade sofrida os mecanismos de proteção desenvolvidos pelo trabalhador (DEJOURS, 2007; 2015).

Entretanto, não se pode deixar de mencionar que experiências como essas comprometem não só o processo de trabalho, como também a saúde do trabalhador. A Enfermeira Ixia apresenta um pouco dessa experiência ao vivenciar a insegurança no trabalho. Pois, viveu também as consequências desse fato na sua saúde principalmente com o processo de demissão.

A gente já estava desmotivada. Quando veio a demissão eu mesma cheguei a ficar depressiva. Foi uma tristeza profunda, porque além de me... Do meu baque financeiro; porque eu saí ganhando dois mil e poucos reais, eu passei a ganhar oitocentos e pouco; a gente faz compromisso em cima daquilo que ganha. Então eu passei a dever, fiquei devendo. Além da credibilidade perante a mim mesma, perante a sociedade. Porque houve ainda murmurinhos de que a gente foi demitida porque nós não éramos boas profissionais; a gente não estava fazendo aquilo que preconizava o SUS, aquilo... Não estava informando dados, pela Secretaria de Saúde, saiu em FM's, saiu em... Nas redes sociais de que os enfermeiros eram incompetentes. [...] Foram três meses e meio que eu precisei de ajuda medicamentosa pra poder eu me sustentar, e me reerguer. Porque até diante da família ficou terrível, ficou terrível isso (Enfermeira Ixia).

Percebe-se que além de vivenciar a insegurança no trabalho e conseqüente a demissão, a Enfermeira Ixia viveu também a materialização do que podemos entender por espoliação da força de trabalho, que entre tantos aspectos (condições de trabalho, exploração do trabalhador, etc), teve a sua imagem enquanto trabalhadora cruelmente maculada. Culminando com as bases objetivas de precarização do trabalho e seus respectivos tipos anteriormente apresentados. Ao tempo que essa experiência também comunga com o próximo tipo de precarização do trabalho.

O quarto tipo de precarização do trabalho perpassa pela perda das identidades individuais e coletivas que tem suas origens nas condições de desemprego e na ameaça constante de perda do emprego – descartabilidade, desvalorização e exclusão que afetam a solidificação da solidariedade da classe trabalhadora (DRUCK, 2011).

Esse tipo esteve presente nas narrativas apresentadas anteriormente, principalmente quando mencionaram a insegurança e o medo em perder o emprego; a demissão propriamente dita, e a desvalorização. Essa situação nos faz questionar sobre como essa classe trabalhadora busca o seu fortalecimento, quais são as fragilidades vivenciadas por elas e as possíveis dificuldades em constituir-se como unidade. É possível questionar também, as identidades coletivas e individuais que possam traduzir essa categoria.

Constata-se, na segunda seção, intitulada a Arte de cuidar, como a identidade da enfermeira continua marcada por memórias ligadas ao sacerdócio, a submissão à Medicina, a vocação, a ajuda, ao cuidado e com isso pode-se inferir que o trabalho em saúde dessas enfermeiras, traduz-se a partir de uma práxis fetichizada, manipulada e subsidiadas por essas memórias.

A construção mais superficial da identidade perpassa pela “imagem de si, para si e para os outros” (POLLAK, 1992, p.5). No entanto, não podemos deixar de mencionar que a identidade profissional da enfermeira encontra-se muito voltada a “identidade para o outro”,

visto que a construção dessa profissão no Brasil esteve a cargo do Estado como também vimos na referida seção supramencionada.

O quinto tipo de precarização do trabalho, aborda a fragilidade/dificuldade dos trabalhadores na formação dos sindicatos e de instrumentos de luta da classe trabalhadora (DRUCK, 2011). O que comunga com os desmontes de coletivos de trabalho e de resistência sindical-corporativa presentes nas bases objetivas da precarização do trabalho. Retomaremos essa discussão.

Essa realidade foi identificada nas narrativas das enfermeiras do nosso estudo.

[...] existia o sindicato na região, é importante frisar, que a gente discutia bastantes questões relacionadas também aos vínculos, às condições de trabalho, a precarização. E infelizmente, esse sindicato foi extinto, acabou, as reuniões não existiram mais, o grupo se desfez; que era ainda onde a gente podia debater e fortalecer um ao outro (Enfermeira Iris).

A partir dessa narrativa é possível inferir que o sindicato se constituiu como fórum de debates para tratar questões que envolviam o mundo trabalho e a classe trabalhadora, na busca de uma análise crítica e de resistência ao processo de precarização do trabalho e, conseqüente, fortalecimento da trabalhadora de enfermagem.

Entretanto, nos questionamos sobre o(s) motivo(s) que favoreceram para a descontinuidade desses encontros, visto que esses sindicatos se constituíram como uma nova modalidade da classe trabalhadora se “fortalecer”?

Não se pode responder a essa pergunta, nem nenhuma outra de forma apressada e definitiva, pois devemos levar em consideração as contradições histórico-sociais, a multiplicidade de interesses e possibilidades que interferem no mundo do trabalho (MARTA, 2010; DRUCK, 2011). Com isso, percebemos que “ao lado de novas condições e situações sociais de trabalho, velhas formas e modalidades se reproduzem e se reconfiguram, num claro processo de metamorfose social” (DRUCK, 2011, p.37) arreigados de memórias.

Nesse contexto podemos entender que esse processo se dá sobre a influência das memórias, pois as memórias se constituem em fortes instrumentos de controle e manipulação para a manutenção do poder. Essa inferência se fortalece com a narrativa da Enfermeira Ixia:

O que eu queria lembrar também é que assim, a gente tentou fazer um sindicato, sindicalizar. [...] A gente começou a perceber com a medida que foi passando o tempo que a gente tinha que se organizar pra poder legalizar aquilo ali; já que a gente não estava organizado; cada dia estava em um canto. E... Tentamos fazer essa associação dos enfermeiros, aí não deu certo. Tentamos ver um sindicato, também não deu certo. Infelizmente, talvez, por imaturidade da gente (Enfermeira Ixia).

Nota-se a presença de uma práxis fetichizada, traduzindo a fragilização dos trabalhadores em consubstanciar e fortalecer suas ações, o que conseqüentemente pode implicar no aumento da vulnerabilidade ao processo de precarização do trabalho. Esse processo está diretamente ligado à dificuldade na formação dos sindicatos e de instrumentos de luta da classe trabalhadora, em virtude da falta de unidade das categorias profissionais, da concorrência avassaladora vivenciada por eles e das diferenças ideológicas por eles constituídas (DRUCK, 2011).

Para reforçar esse entendimento, percebe-se mais uma vez a naturalização ao lidar com essa realidade, quando a Enfermeira Ixia traz a imaturidade como causa para os insucessos das tentativas de organização dos coletivos de trabalho, tomando para si a responsabilidade de tal feito. O que para nós traduz mais uma vez a fetichização, a manipulação e o controle de suas práxis através do uso das memórias que influenciam a organização do mundo do trabalho. Ao tempo que podemos pensar também que essa atitude pode constituir-se em um instrumento que auxilia na sua luta contra as insatisfações no trabalho e caracteriza a normalidade sofrida vivenciada por esta profissional.

No entanto, a Enfermeira Gardênia nos traz outra possibilidade a se pensar e talvez mais próxima da realidade objetiva, quando percebe a fragilidade da categoria profissional da enfermagem em constituir-se como unidade.

A própria desestruturação da enfermagem. Há muito que se fala que os enfermeiros não há unidade, é cada um pensando apenas em si. Talvez isso (Enfermeira Gardênia).

O acirramento do individualismo é uma característica presente nessa “nova” era do capitalismo flexível, é também reflexo das demandas neoliberais, pois fragiliza a estrutura dos coletivos de resistência. A narrativa da Enfermeira Gardênia nos mostra o quanto essa categoria se apresenta no mundo da pseudoconcreticidade.

O sexto tipo de precarização do trabalho se configura pela condenação e o descarte dos direitos dos trabalhadores, que se traduz no fetichismo do mercado e na flexibilização do trabalhador (DRUCK, 2011). Esse tipo se relaciona com as bases objetivas da precarização do trabalho, principalmente no que se refere à desproteção social vivenciada pelas enfermeiras do nosso estudo.

Com isso, é possível entender que trata-se de um tipo de precarização do trabalho que se elucida pela violação dos direitos trabalhistas, pois mesmo que exista uma legislação que os garantam, na prática, as coisas acontecem de forma diferente.



Os direitos trabalhistas são legitimados na Constituição Federal do Brasil de 1988, mais especificamente em seu artigo 7.º, que prevê os direitos dos trabalhadores urbanos e rurais além de outros que visem à melhoria de sua condição social. Relacionamos os que foram identificados no nosso estudo.

- I – relação de emprego protegida contra despedida arbitrária ou sem justa causa, nos termos de lei complementar, que preverá indenização compensatória, dentre outros direitos;
- II – seguro-desemprego, em caso de desemprego involuntário;
- III – fundo de garantia do tempo de serviço;
- [...]
- XIII – duração do trabalho normal não superior a oito horas diárias e quarenta e quatro semanais, facultada a compensação de horários e a redução da jornada, mediante acordo ou convenção coletiva de trabalho;
- [...]
- XVI – remuneração do serviço extraordinário superior, no mínimo, em cinquenta por cento à do normal;
- XVII – gozo de férias anuais remuneradas com, pelo menos, um terço a mais do que o salário normal;
- XVIII – licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias;
- [...]
- XXI – aviso prévio proporcional ao tempo de serviço, sendo no mínimo de trinta dias, nos termos da lei;
- XXII – redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança;
- XXIII – adicional de remuneração para as atividades penosas, insalubres ou perigosas, na forma da lei;
- [...]
- XXXIV – igualdade de direitos entre o trabalhador com vínculo empregatício permanente e o trabalhador avulso (BRASIL, 2012 p. 20).

Diante dessa regulamentação constitucional, apresentamos a realidade vivenciada pelas enfermeiras do nosso estudo a partir de suas lembranças. No tocante ao item I supracitado, que versa sobre a relação de emprego protegida contra despedida arbitrária ou sem justa causa, nos termos de lei complementar, que preverá indenização compensatória, dentre outros direitos. Trazemos a narrativa da Enfermeira Tulipa para representar exatamente o contrário do que versa o referido item.

Em 2003 eu entrei pra Estratégia, aí ficamos durante cinco anos, onde fomos convidadas na sexta-feira às seis horas da tarde, pela [...] Secretária de Saúde, nos intimando a deixar o nosso cargo e que na segunda-feira fôssemos às unidades entregar as chaves às novas enfermeiras que seriam apadrinhadas pelos novos gestores (Enfermeira Tulipa).

Essa narrativa suscita uma postura arbitrária da gestão municipal de saúde, ao demitir algumas enfermeiras da ESF, sem comunicação prévia. O que nos faz inferir sobre a falta de respeito para com as trabalhadoras enfermeiras. Ao tempo que aponta para o sentimento de impunidade que permeia tal gestão.

Percebemos nessa narrativa a presença de práticas antigas num contexto “novo”, ao mencionar que as novas contratações para o cargo de enfermeira da ESF atenderia ao requisito de apadrinhamento dos novos gestores. Situação que contraria a Portaria Nacional de Atenção Básica como já mencionado.

O apadrinhamento, juntamente com o nepotismo, a compra e venda de apoio entre o poder Executivo e o Congresso Nacional, entre outros, são práticas do atraso presente na era do neoliberalismo implementado no Brasil no final da década de 1980, que entre as propostas estavam a redução e a intervenção do Estado com suas privatizações e baixas na expansão de políticas públicas de caráter universal (LENARDÃO, 2008).

Essas práticas do atraso:

[...] permitem e facilitam, mesmo sob o regime considerado, sob certos aspectos, democrático, o funcionamento de governos que recorrem a estilos de tomada de decisões fortemente centrados no poder Executivo e em seus poderes discricionários de intervenção (LENARDÃO, 2008, p. 198).

Situação percebida na narrativa da Enfermeira Tulipa. Apresentar-se-á a experiência vivenciada pela Enfermeira Gardênia, que converge e ratifica a arbitrariedade da gestão municipal, como também suscita a falta de compromisso e o exercício do poder, por parte da referida gestão, com o trabalho em saúde desenvolvido na ESF.

Então todo o trabalho que a gente desenvolveu, naquele período... Quando aquela gestão da Secretaria entrou começou a não mais valorizar. E quando entrou a nova gestão da prefeitura foi que nos retirou da Estratégia. Então é como se tivesse pegado e passado uma borracha em tudo que a gente fez. Não foi avaliado se o profissional... O que é que o profissional fazia, se o profissional deveria continuar ou não. Não foi feito nenhum tipo de avaliação do profissional, simplesmente retirou. A comunidade, algumas reivindicaram que o profissional não saísse, outros não. Houve muita discussão e acabou não dando em nada. [...]. Então, o serviço não tem mais continuidade. Você não sabe a resolutividade daquele trabalho que vinha sendo desenvolvido antes, que foi tão almejado, tão desejado, tão enfatizado pelo próprio Ministério da Saúde e que hoje a gente vê a decadência (Enfermeira Gardênia).

Notório a dominação exercida pelo poder público municipal e o seu sentimento de impunidade, pois contrariou o Art 7.º da Constituição Federal brasileira, contrariou o desejo das comunidades que se manifestaram, e fez valer a sua vontade demitindo sem justa causa e sem levar em consideração a atuação da trabalhadora.

No tocante aos itens XIII (jornada de trabalho); XVI (horas extras); XVII (férias anuais remuneradas) já mencionamos anteriormente sobre esses itens na seção que versa sobre a ESF. No entanto, apresentaremos algumas narrativas que reforçam essa situação.

[...] na verdade os direitos não eram garantidos. As férias também, a gente só poderia tirar férias de 15, períodos quinzenais, não eram os 30 dias corridos. E era tudo conforme a secretária aceitasse o acordo. Insalubridade a gente também já não recebia [...] (Enfermeira Iris).

Décimo terceiro a gente sempre teve, [...]. Mas licença-maternidade por exemplo a gente não tinha direito. Férias a gente tinha negociado, quinze dias. Então a gente pendia de alguns direitos. A gente trabalhava horas-extras, e assim na campanha de vacina a gente tinha direito a folga. Mas que também era uma coisa negociada (Enfermeira Rosa).

Essas narrativas reforçam a ideia do poder da gestão municipal, de suas manipulações e do controle exercido sobre essa categoria profissional. Diante desse cenário nos questionamos: Por que tamanha vulnerabilidade das enfermeiras a essas situações? A narrativa da Enfermeira Rosa pode apresentar uma possível explicação.

Porque a gente como cargo, a gente não tem legalmente direito a férias, que a gente tinha férias, mas como um combinado. O cargo comissionado ele deixa de ter alguns direitos. Não sei assim, exatamente essa parte legal, mas férias sempre foram colocadas pra gente como uma negociação, como uma forma de... Mas não como um direito garantido (Enfermeira Rosa).

Essa narrativa permite inferir sobre a ausência de conhecimento da legislação trabalhista, do que é direito constitucional, do que é procedimento legal no mundo do trabalho. Ao tempo que corrobora com a ideia do uso do poder por parte da gestão municipal na organização do trabalho. Essa narrativa aproxima-se do item XXXIV que versa sobre a igualdade de direitos entre os trabalhadores, independente de possuírem, ou não, vínculo empregatício efetivo.

O item XVIII que versa sobre a licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias, apresentamos a seguir a narrativa da Enfermeira Ixia que aborda a experiência vivenciada, que evidencia a negligência da gestão municipal em garantir a sua licença-maternidade.

Porém eu me recordo quando eu pari... Eu não tive direito a licença maternidade, e que me deu [...] E quando eu pari, eles só me deram um mês só de afastamento. Isso porque eu apresentei um atestado médico. Então na verdade não foi garantida a minha licença, só foi um atestado médico. E eu teria que voltar com um mês depois, mas só que como eu tinha férias na casa, eu solicitei das coordenações que me liberasse essas férias. Aí fiquei mais um mês em casa, ou seja com dois meses que era pra eu voltar. Mas essas férias não foi bem tirado o mês todo. Eu consegui negociar que eu tirasse essas férias só na parte da tarde. Então com trinta dias de parida eu retornei pro trabalho, mas só que na parte da tarde eu não iria; só iria na parte da manhã. [...] Então eu consegui estender esses trinta dias meu pra sessenta dias, porque eu tirei todos os dias na parte da tarde. [...] Não era permitido pela Secretaria de Saúde mudar o coordenador, eles queriam que eu continuasse como coordenadora. Só que eu consegui negociar com o médico que trabalhava comigo, ele aceitou e nós fizemos em off, sem a Secretaria de Saúde saber. A Assistência a Saúde sabia, mas a secretária de

saúde não sabia, ou fazia de conta que não sabia, não sei também. Não estava muito interessada em saber na época, eu estava muito chateada. Então ele assumiu a coordenação, eu atendia os pacientes na parte da manhã, só fazia atender os pacientes, e a responsabilidade com os Agentes continuava comigo, reunião de equipe e coisas assim. Mas, eu tive apoio de toda a equipe. Da higienização ao técnico de enfermagem, eles pesavam pacientes pra mim, verificavam pressão; pra me adiantar, o que eles podiam fazer da parte técnica eles faziam, deixavam comigo apenas o que era do enfermeiro mesmo, porque eles não podiam fazer (Enfermeira Ixia).

Essa narrativa corrobora com a polivalência exercida pelas enfermeiras e aqui já discutido e associada aos princípios do capitalismo flexível. Essa polivalência se apresenta de forma naturalizada por parte das enfermeiras, que podem a partir de suas memórias constituídas e aqui apresentadas traduzirem o mundo da pseudoconcreticidade.

Percebe-se também a negligência por parte do poder público municipal na garantia dos direitos trabalhistas. Ao tempo que possibilita inferir sobre o fato de ser responsabilidade do trabalhador em buscar meios e maneiras para ter preservado um direito que é legalmente seu.

O que nos faz aproximar mais uma vez da concepção de anomia anteriormente apresentada. Assim, a Enfermeira Ixia consegue prolongar o seu afastamento do trabalho no pós-parto. Fato que poderia afetar substancialmente a saúde dessa trabalhadora que se encontrava em período puerperal<sup>14</sup>.

Enfermeira Ixia continua a contar um pouco mais da sua experiência:

Eu me recordo. Isso tem gravado em minha mente. Eu voltei no primeiro dia de trabalho... Eu me preparei em casa psicologicamente, não, eu preciso trabalhar, eu preciso trabalhar, eu não vou me zangar, infelizmente eu preciso do meu trabalho, não posso pedir pra sair. Então eu fui. Quando eu botei os pés no portão do posto, eu fui ficando nervosa, nervosa, quando eu... Recordo quando eu entrei no salão, eu fui abrir minha porta, eu tremia tanto, eu não conseguia abrir a chave; aí eu comecei a chorar. Tinha uma funcionária da higienização novata me viu chorando e nervosa; e falou assim, deixa eu lhe ajudar, a senhora é dona [...], e eu falei sou. Eu posso te ajudar? Eu falei pode. Ela pegou e abriu a porta. Quando ela abriu a porta e eu entrei, eu chorava igual a neném, BUAAA. Eu chorava alto, da comunidade que estava do lado de fora, que eram duas equipes juntas, as comunidades as duas equipes viram e ouviram. Mas eu chorei, chorei, chorei, chorei até acabar a última lagrima (Enfermeira Ixia).

É possível notar que houve todo um preparo por parte dela para retornar ao trabalho. Pode-se dizer que houve toda uma luta contra o sofrimento, que trouxe à tona todos os prós e contras, as necessidades e os motivos que poderiam justificar aquela sujeição de ter que abrir mão de um direito constitucionalmente adquirido e retornar ao trabalho.

---

<sup>14</sup> A fase puerperal corresponde a um momento importante na vida da mulher, lembrando que a mesma passa por mudanças biológicas como também transformações de ordem subjetivas. Sendo assim, os riscos para o aparecimento de transtorno em face das preocupações, anseios e planejamentos e sentidos pela puérpera (SILVA; BOTTI, 2005).

No entanto, essa luta resultou em seu desequilíbrio emocional junto à comunidade e colegas de trabalho. Consciente disso, ela percebe a necessidade de justificar-se.

Uma meia hora, quarenta minutos depois eu consegui retomar o equilíbrio, saí da sala e aí fui me justificar com a comunidade. Porque eles tinham que entender o porquê que eu estava chorando. E aí eu faltei com... Se é que se chama isso de respeito, eu faltei com respeito com a Secretária, porque eu contei TUDO pra comunidade. Que todo mundo tem direito a licença maternidade, que eu tinha um filho pequeno; como é que eu pregava um aleitamento materno exclusivo pra minha comunidade e eu não podia fazer um aleitamento materno exclusivo. Aí, eu REVOLTADA, “lasquei o verbo” (Enfermeira Ixia).

Com isso, podemos inferir que a Enfermeira Ixia encontrou uma estratégia para desabafar as suas angústias e frustrações ao eleger a comunidade e consumir sua dura luta contra a desestabilização frente ao sofrimento no trabalho. Contudo, ao ser questionada sobre o motivo de não poder usufruir de seu direito apresentou a seguinte resposta:

Diziam que era porque era contrato, e todo contrato não tinha direito. Era essa a justificativa. Mas eu consegui driblar isso tudo com a ajuda dos meus colegas na época e fiz o aleitamento materno exclusivo da minha filha por seis meses, aos troncos e barrancos, e a comunidade aceitava, na hora certa eu saía. Gente, eu preciso sair pra dar mama para minha filha. Aquele membro da comunidade sentava lá meia hora, quarenta minutos. Eu já tinha uma moto táxi, que era também ilegal, era um Agente Comunitário de Saúde de uma outra equipe que deixava o trabalho dele e me levava em casa; ficava na porta da minha casa ali oh! Esperava eu dar mama e me trazia de volta para o posto pra atender. Tudo na... Já que eles queriam na ilegalidade que assim... Assim foi (Enfermeira Ixia).

Essa narrativa chama atenção sobre a repercussão do processo de precarização do trabalho na vida do trabalhador. Que o descumprimento de um direito gerou uma sequência de outros descumprimentos de normas legais, o que se aproxima mais uma vez do contexto anômico, impetrando a ideia de que tudo é permitido, e de que uma irregularidade justifica outras. O que corrobora sobre o distanciamento, por parte das enfermeiras, de uma análise crítica da realidade objetiva a qual essas enfermeiras estão inseridas.

Destarte, percebemos as convergências entre as narrativas das enfermeiras no tocante a arbitrariedade da gestão municipal quanto ao descumprimento de direitos trabalhistas. Fato que representa a “negligência”, por parte do poder público municipal, e o desconhecimento por parte do trabalhador sobre o que rege a legislação trabalhista brasileira.

Ao tempo em que suscita reflexões sobre a certeza de impunidade presente na gestão municipal, e as consequências das reações de resistência da classe trabalhadora frente ao processo de precarização do trabalho.

Diante desse contexto nos questionamos se os demais profissionais que compunha a ESF no município em estudo vivenciavam essa situação, ou só acontecia com as enfermeiras? A narrativa abaixo pode esclarecer sobre essa realidade.

No caso dos médicos, além da folga que os médicos tinham, dois períodos, às vezes até mais durante a semana, ou seja, eles recebiam no contracheque como 40 horas, mas de fato eles não faziam 40 horas, e tinham também alguns acordos para que eles pudessem aceitar trabalhar na Estratégia, mesmo com essas folgas eram ofertados pra eles outros serviços, plantões no hospital regional, ou então o que eles chamam de terceiro turno, que era o médico que era especialista em pediatria, por exemplo, ia fazer pediatria num centro de saúde, que é um centro maior. Os odontólogos também, por sua vez, muitas vezes conseguiam algumas folgas, saíam em um horário; não era o mesmo horário. Atendiam só aqueles determinados pacientes e iam embora. Às vezes também atendiam em outros locais, em hospitais. E o enfermeiro simplesmente com seu único vínculo e cobrado todas as horas e minutos. Tinham que fazer as 40 horas exigidas (Enfermeira Iris).

Essa situação nos faz ratificar mais uma vez a sujeição e o sentimento de impotência vivenciado pelas enfermeiras do nosso estudo. Pois buscam e não encontram apoio para recorrerem e talvez mudar essa realidade. Percebemos que os direitos cerceados pela gestão municipal afeta mais as enfermeiras, o que pode deixar essa categoria profissional numa situação de maior vulnerabilidade ao processo de precarização do trabalho. E acreditamos que muitas das memórias que envolvem essa categoria profissional podem contribuir para ratificar essa vulnerabilidade e exposição.

Outro ponto que também pode aumentar essa vulnerabilidade e exposição da enfermagem ao processo de precarização do trabalho pode estar presente na narrativa da Enfermeira Ixia, quando afirma que:

A gente era muito política. Eu fui uma estudante que participei de movimento estudantil, era envolvida em Departamento de Saúde, reunião de Departamento, reunião de CONSEPE, CONSU. Então eu fui muito politizada, política na universidade. Então eu estava preparada para encarar as situações políticas do trabalho, mas talvez nem tanto. Talvez a maturidade com relação é... A parte trabalhista, a gente não era... A gente não foi muito trabalhado na universidade, com relação a direitos de trabalho. Então a gente fazia por amor, pela paixão a enfermagem (Enfermeira Ixia).

Mais uma vez percebemos a utilização de mecanismos para auxiliar na luta contra o sofrimento no trabalho, porém com uma diferença. A enfermeira atribui essa situação a imaturidade e ao preparo (ou falta dele) para lidar com as questões que regem o mundo do trabalho; e transfere a responsabilidade para a instituição formadora ao alegar que a mesma não as propiciou.

Estaria a instituição formadora se isentando da sua responsabilidade? Ou as memórias construídas sobre a enfermagem evidenciam sentimento de amor e paixão pela profissão

como é possível notar na narrativa da Enfermeira Ixia, e que estes se sobressaem ao implementarem o seu trabalho em saúde? Estariam essas trabalhadoras assumindo o seu papel de trabalhador social<sup>15</sup> e com isso se inscreve no mundo do trabalho de forma responsável e comprometida atuando como sujeito social? Ou se veem como vítimas do e no processo?

Pode-se inferir que a construção petrificada sobre a enfermagem propicia a apresentação de um mundo mítico, mágico e pseudoconcreto e se fortalece com as memórias construídas sobre o trabalho em saúde e presente no desenvolvimento da sua prática na ESF. Fato que pode tornar essas enfermeiras mais vulneráveis ao processo de precarização do trabalho, através da manipulação e do controle de sua práxis, e que repercutem em sua vida profissional.

Esse entendimento é possível, pois ao serem questionadas sobre o que poderia ser feito para minimizar a situação do processo de precarização do trabalho as respostas giraram em torno do outro, isentando-se de suas responsabilidades enquanto sujeitos sociais, cujo vínculo empregatício tornou-se a válvula de salvação.

Porque esses cargos hoje, eles são disputadíssimos entre os vereadores da cidade principalmente; e são utilizados como massa de manobra. Então, o enfermeiro que está ali, ele não é só enfermeiro, ele é um cargo político partidário. Então ele tem que estar de qualquer forma fazendo com que aquele político que apadrinou, que colocou aquela enfermeira ali... Ela tem que se virar pra estar fazendo o melhor trabalho hoje no sentido de promover o político. [...] Pra poder tentar desprecarizar um pouco esse vínculo principalmente, o vínculo trabalhista é a questão do concurso. Porque o profissional, ele tem que ter sua responsabilidade, o profissional tem que saber o que está fazendo, o que se propõe a fazer na sua profissão. E não apenas porque o político colocou inclusive algumas nem promovem a saúde e nem o seu político (Enfermeira Iris).

O contexto apresentado pela Enfermeira Iris propicia pensar o quanto essa categoria profissional está sujeitando-se ao processo de precarização do trabalho. E que a situação só piorou ao tomar como parâmetro a baliza cronológica utilizada em nosso estudo. Em que as práticas do atraso encontram-se naturalizadas e servem para “promover o político”.

Ainda no contexto da naturalização das práticas do atraso, percebe-se convergência com a narrativa a seguir:

Olha! Desde que esse apadrinhamento seja um profissional competente e compromissado eu acho que é válido. Mas o que a gente observa em certos casos é que tem pessoas que não tem condições de assumir a Unidade de Saúde da Família. Então tá entrando mesmo só por causa do emprego, pra poder receber o dinheiro. E as vezes não tem aquele compromisso com a comunidade. A questão do apadrinhamento é esse. Que apadrinhem, mas que apadrinhem pessoas com competência (Enfermeira Tulipa).

---

<sup>15</sup> Aprofundar em FREIRE, Paulo. Educação e mudança. 12ª ed. Editora Paz e Terra. Rio de Janeiro, 1979.

A naturalização do apadrinhamento é fato no entendimento das enfermeiras. Entretanto a Enfermeira Tulipa ressalta a necessidade desse trabalhador apresentar características importantes para o trabalhador social como compromisso e responsabilidade para o exercício profissional.

O compromisso perpassa pela decisão lúcida e profunda de quem o assume. E se apresenta na ocasião em que assumimos a nossa responsabilidade enquanto agentes de transformação que somos, ou deveríamos ser (FREIRE, 1979; SAMPAIO; PIRES, 2016).

Ainda no tocante ao vínculo empregatício a Enfermeira Ixia é objetiva quanto à questão do concurso público, enquanto que a Enfermeira Rosa ressalta a questão da competência profissional e a garantia dos direitos. O que comungam com as memórias constituídas sobre a precarização do trabalho.

Façam concurso público, efetivem aquele profissional, pra que aquele profissional crie vínculo com a comunidade (Enfermeira Ixia).

Eu acho que ser visto como técnico exclusivamente, isento de indicações políticas. Se ele estiver trabalhando ali por uma seleção; com seus direitos garantidos; com qualidade de trabalho; eu acho que é por aí (Enfermeira Rosa).

No entanto, um olhar diferente e que perpassa pela questão da unidade e identidade profissional está presente na narrativa a seguir.

A gente pode pouco, pode pouco porque não é unido. Porque realmente pode mudar, desejar. Que infelizmente uma andorinha só faz alguma coisa, mas não faz não faz um verão. Precisa realmente que mais pessoas queiram. É por isso que eu digo que hoje eu estou bem desencantada e nem posso estar me preocupando por isso porque a gente adoece, não é? De você ver, ver, ver e não dá conta. Não dá conta, não ter poder de resolução nenhum, porque não tem valor, porque quem está lá não está nem aí (Enfermeira Gardênia).

Observa-se que a narrativa menciona o sentimento de impotência frente ao processo de precarização do trabalho vivenciado pela Enfermeira Gardênia. Esse sentimento é reflexo das investidas do individualismo presente nas demandas do capitalismo flexível, que fragiliza a unidade profissional e a ideia de corporativismo entre os trabalhadores, que muitas vezes se veem sozinhos para resolver determinadas situações.

Nota-se também nessa narrativa que é desse sentimento que o processo de adoecimento pode emergir, em virtude das frustrações vivenciadas. Com isso, percebemos o quanto esse novo/velho contexto do capitalismo compromete a vida do trabalhador, do seu processo de trabalho e da organização do mesmo.



## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

De tudo ficaram três coisas: A certeza de que estamos começando, A certeza de que é preciso continuar e A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar. Fazer da interrupção um caminho novo, Fazer da queda um passo de dança, Do medo uma escola, Do sonho uma ponte, Da procura um encontro, E assim terá valido a pena existir! (Fernando Sabino – Encontro marcado).

O desenvolvimento desse estudo nos possibilitou refletir sobre a inserção da profissional Enfermeira no mundo do trabalho, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família, a partir das memórias constituídas sobre a profissão, o trabalho em saúde e a precarização do trabalho em um período histórico específico que consistiu-se na primeira década do século XXI.

Refletimos também sobre as contradições vivenciadas por essa profissional ao implementar o seu trabalho em saúde diante do processo de precarização do trabalho, visto que se depararam com a permanente luta dos contrários ao terem que desenvolver o ato de cuidar da vida mediante vínculo instável, condições de trabalho fragilizadas, ausência de direitos trabalhistas, comprometendo muitas vezes a sua saúde, o seu processo de trabalho e a organização do trabalho em saúde, utilizando muitas vezes de estratégias que pudessem minimizar o sofrimento proveniente do trabalho.

Ao longo da história da enfermagem foi possível perceber a presença de elementos irreduzíveis que compõem as memórias sobre a profissão, como exemplo podemos citar a caridade, a vocação, o chamamento divino, e a Religião teve uma forte influência nessas constituições.

Notamos também que a enfermagem se constituiu como profissão feminina, mas em algum momento histórico trouxe a representação de profissão masculina com o propósito de atender às necessidades psiquiátricas de saúde que emergiram naquela ocasião.

Esse fato nos faz perceber o quanto é pertinente estabelecer essas reflexões no campo da memória aproximando-a do conceito de pseudoconcreticidade, pois foi possível notar a manipulação e o controle no uso da memória para atender aos interesses dos grupos dominantes.

Essas memórias foram fortemente representadas por personalidades que ao longo do contexto de formação profissional da enfermagem salvaguardaram as características típicas do

ser enfermeiro, que muito trouxe dos estigmas presentes na história das mulheres, como também a manutenção desses elementos que as constituíram.

Assim, percebemos que a vulnerabilidade das enfermeiras ao processo de precarização do trabalho não se constituiu em uma situação nova, mas sempre presente em todo contexto histórico ligado à profissão. Percebemos também que a presença de memórias petrificadas sobre a enfermagem como profissão feminina e seus estigmas só reforçam essa vulnerabilidade.

Ficou bem claro entre os achados do nosso estudo a presença desses elementos que constituíram as memórias sobre a enfermagem, que influenciaram sobremaneira a práxis dessas profissionais que muitas vezes se viram “obrigadas” a aceitar as exigências do mercado para preservar a falsa ideia de estabilidade no emprego. Fato esse que interfere e/ou dificulta o processo de construção de outras memórias sobre a profissão, que mesmo diante de tantas possibilidades e investimentos encontra-se arraigada de estigmas que precisam ser ressignificados, para pensarmos o futuro da profissão.

No tocante às memórias sobre o trabalho em saúde, estas se constituíram inicialmente sob a influência do poder público e da economia, em que o trabalho em saúde se apresentou numa perspectiva curativista, com ações e serviços voltados ao controle de epidemias, de forma limitada e centralizada a grupos específicos da sociedade em um período histórico cuja economia era determinada pelo agroexportação.

Essas memórias também se apresentaram numa perspectiva biomédica e hospitalocêntrica com o propósito de restaurar e manter ativa a força de trabalho num contexto de início da industrialização brasileira.

Mediante toda transformação que o mundo do trabalho sofreu, conseqüentemente, trouxe outros sentidos e significados ao trabalho – trabalho flexível – e para a vida do trabalhador, constitui-se outra memória sobre o trabalho em saúde numa conjuntura de promoção da saúde de forma integral, proposta pela atual Política Nacional de Saúde (SUS).

Ressaltamos que foi possível identificar que essas memórias, não se anularam, mas transitavam e transitam mutuamente frente às intervenções do Estado no campo da saúde. Elas estão presentes na concepção das nossas enfermeiras ao desenvolverem a sua prática profissional. Isso nos faz perceber o quanto à análise crítica dessas profissionais pode pairar na pseudoconcreticidade, no mundo das aparências, pois apresentam uma práxis fetichizada ao desenvolverem o seu trabalho em saúde na ESF.

No que tange a precarização do trabalho, que se constitui em um processo complexo, cuja análise deve considerar a sua totalidade. No entanto, numa perspectiva no campo da

memória pode propiciar uma análise numa concepção unilateralizada, fragmentada, voltada ao vínculo trabalhista, às condições de trabalho, à valorização e identidade profissional, aos direitos trabalhistas, o que dificulta uma análise mais crítica da realidade objetiva vivenciada pelas(os) profissionais que se inserem nesse contexto, ao tempo em que se ratifica como uma excelente estratégia de dominação.

Essa visão fragmentada e unilateralizada encontra-se ancorada sob as influências do poder público, o qual apresenta o Programa de Desprecarização do trabalho no SUS com o propósito de garantir o vínculo trabalhista, e conseqüentemente, a consolidação do referido sistema de saúde.

Isso nos faz inferir que pode existir uma intencionalidade no cultivo dessas formas de constituir e conceber as memórias da precarização do trabalho, pois esse processo pode constituir-se numa forma de manipulação e controle presente no mundo da pseudoconcreticidade e que se naturaliza na concepção dos trabalhadores.

Essa inferência é possível em virtude do sentimento de impotência vivenciado pelas enfermeiras do nosso estudo, que a todo instante apresentavam direta ou indiretamente a sua luta contra o sofrimento no trabalho, caracterizado pela naturalização da imaturidade profissional, da ausência de conhecimento para atuar no mundo do trabalho e das práticas do atraso.

E assim, tornam-se sujeitos mais expostos e vulneráveis ao processo de precarização do trabalho, a partir de uma práxis fetichizada e de uma subjetividade capturada, que propiciam a manutenção do poder da classe dominante.

Pois é esse poder público municipal quem determina, a partir do desenvolvimento de ações tidas como práticas do atraso, como as coisas devem acontecer, que profissão deve ter ascensão, entre tantas outras deliberações que coadunem com seus interesses e demandas.

Esse Poder Público passa a ser a lei do mundo pseudoconcreto que envolve a organização do trabalho em saúde e as enfermeiras, principalmente no que consiste ao processo de flexibilização, às condições de trabalho, aos rendimentos e ao processo de Educação permanente.

As possíveis implicações do processo de precarização do trabalho na vida das enfermeiras da ESF estão ligadas ao sofrimento e às manifestações psicofísicas, em virtude da constante luta contra o descontentamento no trabalho. Todas essas questões ampliam a relevância e a necessidade de discussão dessa temática para pensarmos a busca pela autonomia profissional.

Percebemos a necessidade de reforçarmos o desenvolvimento de estudos que visem o fortalecimento profissional através do conhecimento da enfermagem como profissão e sua inserção no mundo do trabalho para que as enfermeiras da ESF possam lidar de forma mais concreta e se organizarem enquanto classe na luta contra o processo da precarização do trabalho ao desenvolverem o seu trabalho em saúde.

Com isso, este estudo ratifica a tese de que as memórias sobre a profissão, o trabalho em saúde e a precarização do trabalho influenciam diretamente na forma como as enfermeiras compreendem as contradições existentes entre o trabalho em saúde e a precarização do trabalho e, conseqüentemente, compromete sua análise crítica da realidade objetiva ao desenvolverem suas práticas profissionais na ESF, que muitas vezes, se apresentam em uma perspectiva pseudoconcreta do real.

Ressaltamos que este estudo propiciou às enfermeiras reviver emoções, sentimentos e situações que se encontravam no silêncio e/ou talvez no esquecimento vivenciados por essas profissionais plano da produção e do trabalho. Mas que este estudo possibilitou a oportunidade de falar, de externar o que até então não havia sido dito.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Adriana Montenegro de et al. **Invisibilidades e Implicações para a Gerência do Cuidar na Visão de Enfermeiros: Relato de Experiência**. Rev enferm UFPE on line., Recife, 10(5):1884-90, maio., 2016.
- ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CHIORO, Arthur; ZIONI, Fabiola. Políticas Públicas e Organização do Sistema de Saúde: antecedentes, reforma sanitária e SUS. In: WESTPHAL, MF; ALMEIDA, ES (org). **Gestão de serviços de Saúde**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.
- ALVES, Ana Elizabeth Santos. **Qualificação e Trabalho bancário no Contexto da Reestruturação Produtiva**. Vitória da Conquista: Edições UESB, 2005.
- ALVES, Ana Elizabeth Santos. **Divisão Sexual do Trabalho: a separação da produção do espaço reprodutivo da família**. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 11 n. 2, p. 271-289, maio/ago. 2013.
- ALVES, Geovanni. **Trabalho e reestruturação produtiva no Brasil neoliberal – Precarização do trabalho e redundância salarial**. Rev. Katál. Florianópolis v. 12 n. 2 p. 188-197 jul./dez. 2009.
- AMORA, Antônio Soares. **Minidicionário Soares Amora da Língua Portuguesa**. 19ª ed. São Paulo: Saraiva, 2009.
- ANTUNES, Ricardo. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. In: GENTILI, Pablo; FRIGOTTO, Gaudêncio. **A cidadania negada: Política de exclusão na educação e no trabalho**. Coleção Grupos de Trabalho, CLACSO. Buenos Aires: CLACSO, 2000. p. 35-48.
- \_\_\_\_\_. **Século XXI: nova era da precarização estrutural do trabalho?** Seminário Nacional de Saúde Mental e Trabalho - São Paulo, 2008.
- \_\_\_\_\_. **A dialética do Trabalho: escritos de Marx e Engels**. Volume I, 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular, 2013.
- ARAÚJO, Tânia Maria et al. **Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem**. Rev Saúde Pública. 37(4):424-33, 2003.
- AZEVEDO, Alberto Lengruher; ARAÚJO, Silvia Teresa Carvalho de. **A visibilidade do assédio moral no trabalho de enfermagem**. R. pesq.: cuid. fundam. Online. jul./set. 4(3):2578-84, 2012.
- BARDIN, Laurece. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edição Revista e Actualizada. Editora: Edições 70, 2009.
- BARREIRA, Ieda de Alencar. **Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil**. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 87-93, julho 1999.

BARREIRA, Ieda de Alencar et al. A Primeira República: a implantação da enfermagem laica e seus desdobramentos. In: PADILHA, Maria Itayra; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; SANTOS, Iraci dos. **Enfermagem: história de uma profissão**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2011.

BISPO JÚNIOR, José Patrício. **Fisioterapia e saúde coletiva: desafios e novas responsabilidades profissionais**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1):1627-1636, 2010.

BONELLI, Maria da Glória. Estudos sobre as Profissões no Brasil. In: Sergio Miceli. (Org.). **O que ler na Ciência Social Brasileira**. 1ed. São Paulo: Sumaré - ANPOCS, 1999, v. 2, p. 285-328.

BRASIL. **Decreto n. 791**, de 27 de setembro de 1890. Cria no Hospício Nacional de Alienados uma escola profissional de enfermeiros e enfermeiras. Coleção de Leis Brasileiras (CLB), Rio de Janeiro, v.3, p. 2456, 1890.

\_\_\_\_\_. **Decreto N° 4.682** de 24 de Janeiro de 1923, publicado no DOU de 28/01/1923 - Lei Eloy Chaves. Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação e Saúde. **Decreto n.º. 6.788** de 30 de janeiro de 1941. Convoca a 1ª Conferência Nacional de Educação e a 1ª Conferência Nacional de Saúde e dá outras providências, 1941.

\_\_\_\_\_. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 68/2011, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 35ª. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2012.

\_\_\_\_\_. **Lei n.º. 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica** de 05 de novembro de 1996. Brasília-DF, 1996.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família**. Brasília, DF, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS**: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília-DF, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília-DF, 2011.

BRAZIL, T.K. (organizadora), Sales, S. M., Portella, S.D.C **Ana Justina Ferreira Neri**. Projeto Heróis da Saúde na Bahia. Disponível em: <<http://www.bahiana.edu.br/herois/herois.aspx?id=Mg==>>.. Acesso em: 23/01/2016.

CARVALHEIRO, José R. **Os desafios para a saúde**. Estudos avançados 13 (35), 1999

CHEPTULIN, Alexandre. **A Dialética Materialista: categorias e leis da dialética**. Tradução: Leda Rita Cintra Ferraz. Editora Alfa-Omega, São Paulo, 2004.

CHIAVEGATO FILHO, Luiz Gonzaga; NAVARRO, Vera Lúcia. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista. **Revista Pegada**, vol. 13 n.2; dezembro 2012.

CHIAVENATO, Idalberto. **Recursos humanos na empresa: pessoas, organizações e sistemas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1994. p. 67-76.

CIAVATTA, Maria. O mundo do trabalho em imagens. **Rev. Psicol.**, Organ. Trab., jan-abr, vol. 12 num. 1, pp. 33-46. 2012.

COELHO, Ediméia de Almeida Cardoso. Gênero, saúde e enfermagem. **Ver Bras Enferm**. Maio-Jun; 58(3): 345-8, 2005.

COSTA, Daniel de Oliveira, TAMBELLINI, Anamaria Testa. A visibilidade dos escondidos. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [ 4 ]: 953-968, 2009.

COSTA, Nilson do Rosário. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origem das políticas de saúde no Brasil**. Petrópolis, Vozes; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 1985.

COSTA, Roberta et al. Florence Nightingale (1820-1910): as bases da enfermagem moderna no mundo. In: PADILHA, Maria Itayra; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; SANTOS, Iraci dos. **Enfermagem: história de uma profissão**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2011.

CUNHA, Tânia Rocha Andrade; ALVES, Ana Elizabeth Santos. Educação e violência nas relações de gênero: reflexos na família, no casamento e na mulher. **Em Aberto**, Brasília, v. 27, n. 92, p. 69-88, jul./dez. 2014.

DEJOURS Christophe. **A Banalização da Injustiça Social**. Tradução de Luiz Alberto Monjardim. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2007.

\_\_\_\_\_. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. Tradução de Ana Isabel Paraguay, Lúcia Leal Ferreira. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

DRUCK, Graça. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? **CADERNO CRH**, Salvador, v. 24, n. spe 01, p. 37-57, 2011.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

ESCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antônio. História das Políticas de Saúde no Brasil 1822 à 1963: do Império ao Desenvolvimento Populista. In: GIOVANELLA, Lígia et al. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

FARIA, Helayne Ximenes; DALBELLO-ARAÚJO, Maristela. Precarização do trabalho e processo produtivo do cuidado. **Mediações**, Londrina, v. 16, n.1, p.142-156, Jan./Jun. 2011.

FREIRE, Paulo. **Educação e mudança**. 12. ed. Editora Paz e Terra. Rio de Janeiro, 1979.

FREITAS, Mariana de Albuquerque de; SILVA JUNIOR, Osnir Claudiano da; MACHADO, Daniel Aragão. Nível de Estresse e Qualidade de Vida de Enfermeiros Residentes. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(2):623-30, fev., 2016.

FIGARO, Roseli. O Mundo do trabalho e as Organizações: abordagens discursivas de diferentes significados. **ORGANICOM**. Ano 5, número 9. Jul/Dez, 2008.

FILGUEIRAS, Luiz. **História do Plano Real: fundamentos, impactos e contradições**. São Paulo: Boitempo, 2000.

GOUVEIA, Roberto; PALMA, José João. **SUS na contramão do neoliberalismo e da exclusão social**. ESTUDOS AVANÇADOS 13 (35), 1999.

GRISARD, Nelson; VIEIRA, Edith Tolentino de Souza. **Ana Néri, madrinha da enfermagem no Brasil**. Gaz. méd. Bahia 2008;78 (2):145-147

HALBWACHS, Maurice. **A Memória Coletiva**. Tradução: Beatriz Sidou. São Paulo: Centauro, 2003.

\_\_\_\_\_. **Los Marcos Sociales de La Memoria**. Postfácio de Gérard Namer. Tradução de Manuel A. Beaza y Michel Mujica. Rubí (Barcelona): Anthropos Editorial, 2004.

HUFTON, Olwen. Mulheres, trabalho e família. In: Duby G, Perrot M. **História das mulheres no ocidente**: do renascimento à idade Moderna. Tradução de Alda Maria Durães et al. Porto, PT: Edições Afrontamento, 1991.

IBGE, **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidades>>.

IPEA, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. “**Nota técnica – Mulheres e trabalho**: breve análise do período 2004-2014, n.24”. Ipea: Brasília [internet]. 2016. Disponível em:



<[http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota\\_tecnica/160309\\_nt\\_24\\_mulher\\_trabalho\\_marco\\_2016.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160309_nt_24_mulher_trabalho_marco_2016.pdf)>.

KALLEBERG, Arne L. **O crescimento do trabalho precário**: um desafio global. RBCS Vol. 24 no 69 fevereiro/2009.

KIRCHHOF, Ana Lúcia Cardoso. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2003 nov/dez;56(6):669-673.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto**. Tradução de Célia Neves e Aderico Toríbio, 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

\_\_\_\_\_. **Dialética do Concreto**. Tradução de Célia Neves e Aderico Toríbio, 7. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

KRUSE, Maria Henriqueta Luce. Enfermagem Moderna: a ordem do cuidado. **Rev Bras Enferm** 2006; 59(esp): 403-10.

LENARDÃO, Elcio. A relação entre “modernização” neoliberal e práticas políticas “atrasadas” no Brasil dos anos 1990. **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, v. 16, n. 31, p. 197-214, nov. 2008

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da Saúde e sua Trajetória na Reforma Sanitária. In: LIMA, Nísia Trindade et al (Org.). **Saúde e Democracia**: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005, p. 257- 280.

MAGALHÃES, Livia Diana Rocha; ALMEIDA, José Rubens Mascarenhas de. Relações simbióticas entre Memória, Ideologia, História e Educação. In: LOMBARDI, J. C; CASEMIRO, A. P. B. S; MAGALHÃES, L. D.R (Org.). **História, Memória e Educação**. Campinas: Alínea, 2011.

MARQUES, Ana Paula Pereira. Reestruturação produtiva e recomposições do trabalho e emprego. Um périplo pelas “novas” formas de desigualdade social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(6):1545-1554, 2013.

MARTA, Felipe Eduardo Ferreira. **A Memória das lutas**: as artes marciais orientais e sua presença na cultura corporal de São Paulo. São Paulo: EDUC, 2010.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. Livro I. Tradução de Reginaldo Sant’Anna. 31. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

MATTOSO, Jorge. **A Desordem do Trabalho**. Editora Scritt: Campinas/ São Paulo, 1995.

MEDEIROS, Cássia Regina Gotler et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 1):1521-1531, 2010

MELO JÚNIOR, João Alfredo Costa de Campos. O trabalho e seus críticos: um debate teórico. **Rev. Fênix** – revista de História e Estudos Culturais 2008; 5(3).

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1999.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Práticas de Saúde**: processo de trabalho e necessidades. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 1992. (mimeo).

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. **Trabalho em Saúde**. EPJV / FIOCRUZ, NOVEMBRO DE 2005.

\_\_\_\_\_. A micropolítica do trabalho vivo em saúde: uma questão institucional e território de tecnologias leves. In: **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA IB, Lima JCF. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MÉSZÁROS, Isteván. **Para Além do Capital**: rumo a uma teoria de transição; tradução de Paulo César Castanheira e Sérgio Lessa. Revista. São Paulo: Boitempo, 2011.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo-Rio de Janeiro. HUCITEC-ABRASCO, 2010.

MOREIRA Almerinda, PORTO Fernando, OGUISSO Taka. Registros noticiosos sobre a escola profissional de enfermeiros e enfermeiras na revista "O Brazil-Médico", 1890-1922. **Rev Esc Enferm USP** 2002; 36(4): 402-7.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo do. **Gênero e Enfermagem**. Salvador, Bahia, 1996.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. Pólis. In: GIOVANNI, Geraldo Di; NOGUEIRA, Marco Aurélio (Org.). **Dicionário de Políticas Públicas**. 2.ed. São Paulo: Editora da Unesp; Fundap, 2015.

OGUISSO, Taka. **Trajetória histórica e legal da enfermagem**. 2. ed. Barueri, SP: Manole, 2007.

OLIVEIRA, Jonas Sâmí Albuquerque et al. O estágio extracurricular remunerado no cuidar da enfermagem nos hospitais de ensino. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS). jun;30(2):311-8, 2009.

OLIVEIRA, Sidinei Rocha de; PICCININI, Valmiria Carolina. Mercado de trabalho: múltiplos (des)entendimentos. **Ver. Adm. Pública** Vol.45, nº.5. Rio de Janeiro. Sept./Oct. 2011.

PADILHA, Maria Itayra. Ideias que orientaram este livro. In: PADILHA, Maria Itayra; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; SANTOS, Iraci dos. **Enfermagem**: história de uma profissão. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2011.

PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e os Modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia e Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993.

PASSOS, Elizete. **De anjos a mulheres: ideologias e valores na formação de enfermeiras** [online]. 2nd ed. Salvador: EDUFBA, 2012.

PEDUZZI, Mariana; SCHRAIBER, Lilia Blima. Processo de trabalho em Saúde. In: PEREIRA IB, LIMA JCF. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PERALTA, Elsa. Abordagens Teóricas ao estudo da Memória Social: uma resenha crítica. **Arquivos da Memória: antropologia, escala e memória**. Nº. 2; Centro de Estudos de Etnologia Portuguesa, 2007.

PEREIRA, Isabel Brasil. A educação dos trabalhadores da saúde sob a égide da produtividade. In: MATTA, G. C; LIMA, J. C. F. **Estado, Sociedade e Formação profissional: contradições e desafios em 20 anos de SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/EPSJV, 2008, p.393-420.

PEREIRA, Túlio Henrique; FLEXOR, Maria Helena Ochi. A memória como sujeito e objeto de conhecimento. **VI Encontro de Estudos Multidisciplinares em Cultura**; Facom-UFBA. Salvador-BA, 2010.

PIRES, Denise Elvira. Precarização do Trabalho em Saúde. In: PEREIRA IB, LIMA JCF. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

POLLAK, Michael. Memória e Identidade social. **Estudos Históricos**, Rio de Janeiro, vol. 5, n. 10, 1992, p. 200-212.

RABELLO, Lucíola Santos. **Promoção da Saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2010.

RIZZOTTO, Maria Lúcia Frizon. Neoliberalismo e Saúde. In: PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

SÁ, Celso Pereira. Sobre o Campo de Estudo da Memória Social: Uma Perspectiva Psicossocial. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 20 (2), 290-295, 2007.

SAMPAIO, Daniela Márcia Neri. **Trabalho em saúde na estratégia de saúde da família a partir das diretrizes do SUS: olhar socialmente elaborado pelas enfermeiras**. UESB, 2010.

SAMPAIO, Daniela Márcia Neri; COSTA JÚNIOR, Robson Oliveira da; ALVES, Ana Elizabeth. As Mulheres e o Trabalho Doméstico no livro Economia doméstica. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, nº 55, p. 411-419, mar 2014.

SAMPAIO, Daniela Márcia Neri; PIRES, Vilara Maria Mesquita Mendes. CONSELHO LOCAL DE SAÚDE: sentidos e significados atribuídos por Agentes Comunitários de Saúde. In: ASENSI, Felipe; PINHEIRO, Roseni; MUTIZ, Paula Arévalo (Org.). **Gestão e Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro, 2016 (Coleção Direito e Saúde). p. 39-52.

SAMPAIO, Daniela Márcia Neri; VILELA, Alba Benemérita Alves; PIRES, Vilara Maria Mesquita Mendes. Processo de trabalho em saúde com ênfase na enfermagem: uma reflexão dos conceitos, componentes e contexto histórico. **Rev.Saúde.Com**; 8(2): 61-68, 2012.

SAMPAIO, Daniela Márcia Neri; VILELA, Alba Benemérita Alves; SIMÕES, Aline Vieira. Representações sociais e prática do enfermeiro: limites, avanços e perspectivas. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2012 out/dez; 20(4):481-7.

SANCHES, Elizabeth Navas et al. Organização e trabalho: padrões de comprometimento dos profissionais que atuam na estratégia saúde da família. **Rev. Eletr. Enf.** 12(2):294-300 [Internet], 2010.

SCHMIDT, Maria Luisa Sandoval; MAHFOUD, Miguel. Halbwachs: memória coletiva e experiência. **Psicologia USP**, S. Paulo, 4 (1/2), p. 285-298, 1993.

SCOTT, Joan. **Gênero**: uma categoria útil para análise histórica. Tradução: Christine Rufino Dabat e Maria Betânia Ávila. New York, Columbia University Press. 1989.

SENNETT, Richard. **A Corrosão do caráter**: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Trad. Marcos Santarrita. Rio de Janeiro: Record, 1999.

SILVA, Elda Terezinha da; BOTTI, Nadja Cristiane Lappann. Depressão Puerperal: uma revisão de literatura. **Revista Eletronica de Enfermagem**, v. 07, n. 02, p. 231-238, 2005.

SILVA, Nair Monteiro da; MUNIZ, Helder Pordeus. Vivências de trabalhadores em contexto de precarização: um estudo de caso em serviço de emergência de hospital universitário. **Estud. pesqui. psicol.** vol.11 no.3 Rio de Janeiro dez. 2011.

SILVA, Kenia Lara et al. Expansão dos Cursos de Graduação em Enfermagem: dilemas e contradições frente ao mercado de trabalho. **Rev Esc Enferm USP**; 47(5):1219-26, 2013.

SOUZA, Norma Valéria Dantas de Oliveira et al. Repercussões psicofísicas na saúde dos enfermeiros da adaptação e improvisação de materiais hospitalares. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** abr-jun; 14 (2): 236-243, 2010.

TEIXEIRA, Elizabeth et al. Panorama dos cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil na década das Diretrizes Curriculares Nacionais. **Rev Bras Enferm**; 66(esp):102-10, 2013.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VAGHETTI, Helena Heidtmann et al. **Grupos sociais e o cuidado na trajetória humana**. R Enferm UERJ abr/jun; 15(2):267-75, 2007.

VAGHETTI, Helena Heidtmann et al. A Organização da Enfermagem e da Saúde no Contexto da Idade Média: o cuidado e a ciência no mundo e no Brasil. In: PADILHA, Maria Itayra; BORENSTEIN, Miriam Süsskind; SANTOS, Iraci dos. **Enfermagem**: história de uma profissão. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2011.

VERDE, Fábio Frazatto; BERNARDO, Marcia Hespanhol; BÜLL, Sandro. Trabalho e precarização na saúde pública. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Vol.3, N.1, 2013.

XIMENES, Sérgio. **Minidicionário Ediouro da Língua Portuguesa**. 2. ed. Reform. São Paulo: Ediouro, 2000.

## *Apêndices*

### **APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade**  
**Curso de Doutorado**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, Conselho Nacional de Saúde.

**PROJETO DE PESQUISA:** O TRABALHO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA PRECARIZAÇÃO: memórias de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família.

**PESQUISADORA PRINCIPAL:** Daniela Márcia Neri Sampaio

Prezado(a) Senhor(a), você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado “O TRABALHO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA PRECARIZAÇÃO: memórias de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família”. Porém, antes de decidir quanto a sua participação, é importante que entenda o motivo da realização e a finalidade deste estudo. Ao tempo em que destaco que estarei à disposição para prestar-lhes os devidos esclarecimentos, caso necessite de maiores informações no endereço: Rua José Barros Meira, 199. Mandacaru. Jequié/BA, ou pelo telefone: (73)91667375 ou ainda pelo e-mail: [dmnsampaio@hotmail.com](mailto:dmnsampaio@hotmail.com).

Esta pesquisa será desenvolvida durante o Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação Memória: Linguagem e Sociedade da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, pela doutoranda Daniela Márcia Neri Sampaio, sob a orientação da Profa. Dra. Ana Elizabeth Santos Alves. Tem com objetivo geral analisar as memórias das(os) enfermeiras(os) da Estratégia Saúde da Família sobre a profissão, o trabalho em saúde e a precarização do trabalho, e como essas profissionais compreendem as contradições existentes entre o trabalho em saúde/produção do cuidado e a precarização do trabalho ao implementarem a sua prática profissional. E como objetivos específicos: Conhecer as memórias das(os) enfermeiras(os) da Estratégia Saúde da Família sobre a profissão, o trabalho em saúde/produção do cuidado e a precarização do trabalho, e como essas profissionais estabelecem a inter-relação entre essas memória ao implementarem o seu trabalho em saúde; Entender como se configurou a precarização do trabalho das(os) enfermeiras(os), principalmente, no que tange ao processo de flexibilização, as condições de trabalho, os rendimentos e o processo contínuo de requalificação profissional; Identificar as possíveis implicações que a precarização do trabalho acarretou na vida das enfermeiras da ESF; e Conhecer como as enfermeiras da ESF lidam com o fenômeno da precarização do trabalho ao implementarem o seu trabalho em saúde

Serão convidadas(os) enfermeiras(os) da Estratégia Saúde da Família que atuaram nas Unidades de Saúde da Família no período de 2000 a 2009. Destaco que a sua participação é voluntária e, caso deseje, poderá se afastar a qualquer momento do estudo, sem prejuízos na sua relação com o pesquisador, nem qualquer tipo de constrangimento ou represália. As(os) enfermeiras(os) serão submetidas a uma entrevista em profundidade como técnica de coleta de dados; e ao aceitar seus depoimentos/narrativas serão gravados por meio de um gravador digital e transcritos. Após a transcrição você terá acesso a sua entrevista transcrita para que possa validar, retirando, acrescentando ou mudando qualquer informação.

Caso o(a) senhor(a) se sinta desconfortável ou constrangida em responder a alguma pergunta, tem o direito de não responder à questão que lhe causou tal incômodo. Todos os dados que forem obtidos serão guardados e utilizados em sigilo. As pesquisadoras envolvidas

assumem o compromisso de não disponibilizar esses dados a outras pessoas. Considerando que esse estudo poderá ser usado comparativamente a outros que possam vir a ser realizados.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na tese e publicados em artigos e eventos científicos, porém a sua identificação não será revelada. Os resultados serão relatados de forma sumariada e a pessoa não será identificada. Ressaltamos que as pesquisadoras não estão sendo remuneradas pelo desenvolvimento do estudo, bem como as(os) enfermeiras(os) convidadas(os) não terão nenhum benefício financeiro pela participação.

Esse Termo consta de duas vias idênticas que serão assinadas pela enfermeira convidada e pela pesquisadora principal, sendo que cada um ficará de posse de uma via, e a pesquisadora principal arquivará a sua via por um período de cinco anos. No Termo consta também o telefone, o endereço e o correio eletrônico da pesquisadora principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa.

Informamos que esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – CEP/UESB, setor responsável pela avaliação, autorização e acompanhamento de pesquisas que envolvem seres humanos, com o propósito de garantir seus preceitos éticos. O CEP/UESB está localizado na referida universidade, módulo CAP - no 1º andar, na Av. José Moreira Sobrinho, S/N - Bairro: Jequiezinho. CEP: 45.206-510. Jequié/Bahia. Telefone: (73)35289727. Endereço eletrônico: [cepuesb.jq@gmail.com](mailto:cepuesb.jq@gmail.com) ou [cepjq@uesb.edu.br](mailto:cepjq@uesb.edu.br)

-----, ----- de ----- de -----

-----  
Participante da pesquisa

-----  
Prof.<sup>a</sup> Me. Daniela Márcia Neri Sampaio

Pesquisadora responsável pelo projeto

## APÊNDICE B: Roteiro de Análise Documental



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**

**Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade  
Curso de Doutorado**

**ROTEIRO DE ANÁLISE DOCUMENTAL**

**1. Caracterização do Relatório:**

Título do Relatório:

Ano de Gestão:

Gestor do Município:

Gestor Municipal de Saúde:

**2. Metas traçadas e alcançadas no tocante a Atenção Básica municipal:**

**3. Principais deliberações do CMS**

**4. Relação entre CMS X Secretaria de Saúde X Prefeito**

**5. Análise da Situação do Sistema de Saúde Municipal:**

5.1 Rede Física:

5.2 Recursos Materiais:

5.3 Recursos Humanos (tipo de vínculo, jornada de trabalho, Educação permanente, remuneração) :

5.2 Vigilância à Saúde:

5.2.1 Indicadores da Estratêgia Saúde da Família:

**6. Avaliação e Perspectivas**

**APÊNDICE C: Roteiro de Entrevista**





**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade**  
**Curso de Doutorado**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**PROJETO DE PESQUISA:** O TRABALHO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA PRECARIZAÇÃO: memórias de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família.

**PESQUISADORA PRINCIPAL:** Daniela Márcia Neri Sampaio

Entrevistado (a) n.º: -----

Data: -----/-----/-----

Horário: -----

Tópicos norteadores:

1. Fale-me um pouco da sua história de vida.  
(Infância; adolescência; brincadeiras [...])
2. O que te levou a fazer enfermagem?  
(Aproximação com a enfermagem; compreensão da profissão.)
3. Como se deu o seu ingresso na Estratégia Saúde da Família?  
(Contratação; tipo de vínculo; jornada de trabalho; direitos trabalhistas.)
4. Como desenvolveu o trabalho em saúde/produção do cuidado na ESF?  
(Configuração do trabalho em saúde/produção do cuidado; condições de trabalho; processo contínuo de requalificação profissional; flexibilização do trabalho.)
5. Diante da realidade da ESF você considera vivenciar a precarização do trabalho? Por que? E o que poderia ser feito para minimizar a situação?

**APÊNDICE D: Termo de Autorização para uso de depoimentos**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade**  
**Curso de Doutorado**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DOS**  
**DEPOIMENTOS/NARRATIVAS**

**PROJETO DE PESQUISA:** O TRABALHO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA PRECARIZAÇÃO: memórias de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família.  
**PESQUISADORA PRINCIPAL:** Daniela Márcia Neri Sampaio

Eu -----, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa intitulada: “O TRABALHO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA PRECARIZAÇÃO: memórias de enfermeiras da Estratégia Saúde da Família”, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento/narrativas, especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE), AUTORIZO, através do presente termo, as pesquisadoras Daniela Márcia Neri Sampaio e Ana Elizabeth Santos Alves, a colher meu depoimento/narrativa sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes. Ao mesmo tempo, libero a utilização destes depoimentos/narrativas para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor das pesquisadoras do estudo, acima especificados, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei Nº 8.069/1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei Nº 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004).

-----, ----- de ----- de -----

-----  
 Participante da pesquisa

-----  
 Pesquisadora responsável pelo projeto

**APÊNDICE E: Relação dos Relatórios de Gestão**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade**  
**Curso de Doutorado**

**Quadro 2: Relação dos Relatórios de Gestão.**

Identificação	Discriminação do documento
Doc. 1	Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde Referente ao ano 2000.
Doc. 2	Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde Referente ao ano 2003.
Doc. 3	Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde Referente ao ano 2004.
Doc. 4	Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde Referente ao ano 2006.
Doc. 5	Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde Referente ao ano 2007.
Doc. 6	Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde Referente ao ano 2008.

Fonte: Banco de dados do estudo.

**APÊNDICE F: Caracterização dos sujeitos do estudo**



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade**  
**Curso de Doutorado**

**Quadro 3: Caracterização dos Sujeitos do estudo**

Sujeitos	Enf. 1	Enf. 2	Enf. 3	Enf. 4	Enf. 5	Enf. 6
Características						
Codônimo	Iris	Ixia	Violeta	Rosa	Tulipa	Gardênia
Idade	36	41	—	41	—	46
Tempo de Formação	13	20	20	19	19	22
Pós-Graduação	Saúde Coletiva	Saúde Coletiva	—	Saúde Coletiva	Saúde Coletiva	—
Formação Pregressa a Formação Superior	Magistério	Magistério	—	Magistério	Magistério	Contabilidade
Tempo de Atuação da ESF	5	10	10	13	5	5

Fonte: Banco de dados da pesquisa de campo.

# *Anexo*

## **ANEXO 1: Parecer Consubstanciado do CEP**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** TRABALHO EM SAÚDE E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO: memórias e contradições do(a) enfermeiro(a) na Estratégia Saúde da Família.

**Pesquisador:** Daniela Márcia Neri Sampaio

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 41883615.2.0000.0055

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.067.808

**Data da Relatoria:** 29/05/2015

**Apresentação do Projeto:**

A memória como um objeto epistemológico propicia a construção do conhecimento sobre um determinado campo de investigação. Dessa modo, estabelecemos como objetivo geral para este estudo analisar as memórias e as contradições sobre o(a) trabalhador(a) enfermeiro(a), o trabalho em saúde/produção do cuidado e a precarização do trabalho, evidenciadas no processo de trabalho do(a) enfermeiro(a) na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Jequié/BA e como o processo de precarização do trabalho interfere na implementação do seu trabalho em saúde/produção do cuidado. E como objetivos específicos conhecer as memórias e as contradições dos(as) enfermeiros(as), que atuam na ESF do município de Jequié/BA, sobre o(a) trabalhador(a) enfermeiro(a), o trabalho em saúde/produção do cuidado e a precarização do trabalho identificando as de maior predominância; entender de que forma essas memórias e contradições interferem no processo de trabalho desses(as) profissionais; conhecer como se configurando a precarização do trabalho das enfermeiras que atuam na ESF do município de Jequié/BA, principalmente, no que tange ao processo de flexibilização, as condições de trabalho, os rendimentos e o processo contínuo de requalificação profissional; identificar limites, avanços e perspectivas para o exercício profissional do(a) enfermeiro(a) da ESF do município de Jequié/BA, frente ao processo de precarização do trabalho.

**Endereço:** Avenida José Moreira Sobrinho, s/n

**Bairro:** Jequiézinho

**CEP:** 45.209-910

**UF:** BA

**Município:** JEQUIÉ

**Telefone:** (73)3526-9737

**Fax:** (73)3525-6663

**E-mail:** cepuesb.je@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



Continuação do Protocolo 1.087/2008

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Analisar as memórias e as contradições sobre o(a) trabalhador(a) enfermeiro(a), o trabalho em saúde/produção do cuidado e a precarização do trabalho, evidenciadas no processo de trabalho do(a) enfermeiro(a) na Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Jequié/BA e como o processo de precarização do trabalho interfere na implementação do seu trabalho em saúde/produção do cuidado.

**Objetivo Secundário:**

Conhecer as memórias e as contradições dos(as) enfermeiros(as), que atuam na ESF do município de Jequié/BA, sobre o(a) trabalhador(a) enfermeiro(a), o trabalho em saúde/produção do cuidado e a precarização do trabalho identificando as de maior predominância. Entender de que forma essas memórias e contradições interferem no processo de trabalho desses(as) profissionais. Conhecer como vem se configurando a precarização do trabalho das enfermeiras que atuam na ESF do município de Jequié/BA, principalmente, no que tange ao processo de flexibilização, as condições de trabalho, os rendimentos e o processo contínuo de requalificação profissional? Identificar limites, avanços e perspectivas para o exercício profissional do(a) enfermeiro(a) da ESF do município de Jequié/BA, frente ao processo de precarização do trabalho.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora não deixa claro quanto aos riscos, porém diz que: "Caso o(a) senhor(a) sinta-se desconfortável ou constrangida em responder a alguma pergunta, tem o direito de não responder a questão que lhe causou tal incômodo.

Quanto aos benefícios, a pesquisadora informa:

"Destacamos que os benefícios deste estudo perpassam pela análise da problemática, que traz a tona o processo de precarização do trabalho em saúde/produção do cuidado da enfermeira da ESF em sua estrutura, evidenciando seu caráter dinâmico e dialético, nos possibilitando traduzir sua totalidade e complexidade. Não existindo nenhum benefício de ordem financeira para as(os) enfermeiras e as pesquisadoras deste estudo."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Este estudo se faz relevante uma vez que possibilitará uma compreensão mais crítica sobre a realidade apresentada.

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
Bairro: Jequiézinho CEP: 45.206-510  
UF: BA Município: JEQUIÉ  
Telefone: (71)3525-4717 Fax: (71)3525-6663 E-mail: cepsueb.je@gmail.com

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
SUDOESTE DA BAHIA -  
UESB/BA



Continuação do Parecer: 1.087.808

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Sem considerações adicionais.

**Recomendações:**

Nada a declarar.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Nada a declarar.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovo ad referendum o parecer do relator em 18/05/15.

JEUQUE, 18 de Maio de 2015

---

Assinado por:

Ana Angélica Leal Barbosa  
(Coordenador)

Endereço: Avenida José Moreira Sobrinho, s/n  
Bairro: Jequecinho CEP: 48.208-910  
UF: BA Município: JEUQUE  
Telefone: (71)3526-9127 Fax: (71)3525-6663 E-mail: cepuesb.je@gmail.com