

AS NOVAS CONFIGURAÇÕES DO TRABALHO NO BRASIL E AS MUDANÇAS NA FORMA DE ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

Marisa Camargo

Faculdade de Integração do Ensino Superior do Cone Sul (FISUL)

AS NOVAS CONFIGURAÇÕES DO TRABALHO NO BRASIL E AS MUDANÇAS NA FORMA DE ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

Resumo: Este artigo traz reflexões sobre as novas configurações do trabalho no Brasil e as mudanças na forma de organização da política de saúde, no atual contexto de reestruturação produtiva capitalista sob a égide do neoliberalismo, desencadeadas a partir da crise estrutural e em nível mundial do capital no final dos anos 60 e início dos anos 70 do século XX. Enfatiza a atenção básica caracterizada como contato preferencial da população com o Sistema Único de Saúde (SUS), bem como os seus avanços e retrocessos em direção à efetivação do direito social à saúde. Reafirma a centralidade do trabalho na sociedade capitalista contemporânea de orientação teórica neoliberal, as novas configurações do trabalho e as mudanças na forma de organização da política de saúde como materialização das repercussões das próprias transformações societárias.

Palavras-chave: Trabalho, Estado, política de saúde, atenção básica em saúde.

THE NEW CONFIGURATIONS OF WORK IN BRAZIL AND THE CHANGES IN THE ORGANIZATIONAL FORM OF HEALTH PUBLIC POLICY

Abstract: A reflection on the new configurations of labor in Brazil and the changes in the organizational form of health policy in the current context of capitalist is presented. A restructuring process under the aegis of neoliberalism, triggered by the structural crisis and global capital in the late 60's and early 70's of the last century is also presented. Emphasizes in the primary care characterized as preferred contact with the population of the Sistema Único de Saúde (SUS) and its ebbs and flows towards the real implementation of the social right to health reaffirms the centrality of work in the contemporary capitalist society of neoliberal theoretical orientation, the new configurations of work and changes in the way of the organization of health policy as the embodiment of the repercussions of its transformations in society.

Keywords: Work, State, health policy, primary health care.

Recebido em: 13.12.2010. Aprovado em: 09.04.2011.

1 INTRODUÇÃO

Este artigo tem por objetivo apresentar alguns elementos que possam servir de subsídio para refletir sobre as novas configurações do trabalho no Brasil e as mudanças na forma de organização da política de saúde orientada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, mais particularmente, na atenção básica no contexto do atual processo de reestruturação produtiva. Para efetivar a reflexão proposta, parte-se do marco histórico representado pela crise cíclica do capitalismo, ocorrida no final dos anos 60 e início dos anos 70 do século XX, com abrangência estrutural e repercussões em nível mundial, que trouxe importantes impactos para o processo de produção e reprodução social e os modos de vida em sociedade.

A crise estrutural do capitalismo está relacionada a dois grandes vetores: a) esgotamento do referencial fundamentado nas teorias keynesianas de formulação das políticas econômicas e sociais, que cedeu espaço à ascensão do neoliberalismo; e, b) saturação do modelo de gestão e organização do trabalho de inspiração taylorista-fordista, que adquiriu características flexíveis, impactando em transformações nos processos de gestão e de produção. A partir da indicação desses vetores, dá-se visibilidade ao atual processo de reestruturação produtiva e às transformações decorrentes no mundo do trabalho, assim como ao redimensionamento do papel do Estado na organização de políticas sociais, frente à hegemonia do projeto societário capitalista orientado por pressupostos teóricos neoliberais.

Arelada ao atual processo de reestruturação produtiva e às transformações no mundo do trabalho, são postas em evidência as mudanças na forma de organização da política de saúde, enfatizando-se a atenção básica caracterizada como nível privilegiado e contato preferencial da população com o Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, toma-se por base as normativas, programas e estratégias que materializam as últimas medidas propostas pelo Ministério da Saúde (MS) no que diz respeito à organização da atenção básica em saúde, em um contexto permeado por avanços e retrocessos em consonância com as transformações societárias.

2 TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL NO ATUAL CONTEXTO DE REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA

O século XX constituiu um profícuo cenário de transformações políticas, econômicas e sociais com significativas repercussões para o mundo do trabalho e, conseqüentemente, para a classe trabalhadora¹. A reafirmação da centralidade do trabalho nas sociedades regidas pelo modo de produção capitalista com orientação neoliberal e suas novas configurações na contemporaneidade

são alguns dos elementos que materializam ditas repercussões.

Por modo de produção capitalista compreende-se a relação social histórica, cuja característica estrutural fundante é a contradição entre capital e trabalho, sendo nela reproduzidas, concomitantemente, ideias e representações que expressam as relações e condições materiais nas quais são produzidas, encobrimdo o antagonismo que as permeia.(IAMAMOTO; CARVALHO, 2006). Representa uma forma histórica de produção e reprodução social na qual capital e trabalho assalariado são uma unidade de diversos. A reprodução do capital pressupõe como parte de si mesma a reprodução do trabalho assalariado e das relações sociais de produção.

Na condição de relação social que orienta a dinâmica e a inteligibilidade de todo o processo da vida social, o capitalismo apresenta movimentos cíclicos de crise e reconfiguração ao longo do processo histórico. Considerando os movimentos mais contemporâneos no âmbito do modo de produção capitalista, destacam-se as transformações provocadas pela crise estrutural do capitalismo² ocorrida em nível mundial no final dos anos de 1960 e início dos anos 1970.

A eclosão da crise estrutural do capitalismo está associada a dois grandes vetores. Por um lado, o esgotamento do referencial fundamentado nas teorias keynesianas de formulação das políticas econômicas e sociais que cedeu espaço à ascensão do neoliberalismo. Por outro lado, está relacionada à saturação do modelo de gestão e organização do trabalho de inspiração taylorista-fordista que adquiriu características flexíveis, impactando em transformações nos processos de gestão e de produção. Isto significa que o esgotamento do fordismo e do keynesianismo é a expressão do quadro crítico complexo que exprime em seu significado mais profundo uma crise estrutural do capital.(ANTUNES, 2002).

Um conjunto de elementos articulados entre si constituíram o desenho da crise estrutural do capitalismo com repercussões em escala global. Convém destacar a tendência decrescente da taxa de lucros decorrente da superprodução; a desvalorização monetária do dólar como indicativo da falência do acordo de Breeton Woods; a mudança tecnológica e organizacional provocada pela busca de novos modos de economizar energia em virtude da crise do petróleo; a intensificação das lutas sociais e a crise fiscal e de legitimação do Estado de Bem-Estar Social.(HARVEY, 1993).

As conseqüências da crise estrutural do capitalismo e seus movimentos pelo restabelecimento do padrão de acumulação impulsionaram uma série de transformações sócio-históricas que afetaram o tecido social, marcadamente a partir das décadas de 1980 e 1990. O processo de reestruturação do capital e seu ciclo produtivo impactaram no mundo

do trabalho promovendo alterações importantes nas formas de organização da classe trabalhadora, numa radical destruição da resistência operária e sindical através do dismantelamento, da desintegração e da individualização dos trabalhadores. Em resposta à sua própria crise:

[...] Iniciou-se um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político de dominação, cujos contornos mais evidentes foram o advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal, da qual a era Thatcher-Reagan foi expressão mais forte; a isso se seguiu também um intenso processo de reestruturação da produção e do trabalho, com vistas a dotar o capital do instrumental necessário para tentar repor os patamares de expansão anteriores. (ANTUNES, 2002, p.31).

O referencial teórico neoliberal proporcionou ao modo de produção capitalista um novo desenho institucional e político. Delineou um processo de minimização do caráter interventivo do Estado no que diz respeito à proteção social e efetivação dos direitos sociais; crescente privilegiamento da lógica do mercado privado; valorização da individualidade dos sujeitos associada à desmobilização social e política (coletiva e sindical); redesenho no sentido mesmo de ordem pública e transformações de ordem societária.

Sob a orientação dos pressupostos neoliberais, o capitalismo foi responsável pelo desencadeamento de uma múltipla processualidade no mundo do trabalho: de um lado constata-se um processo de “[...] desproletarização do trabalho industrial fabril nos países de capitalismo avançado, com maior ou menor repercussão em áreas industrializadas do terceiro mundo” (ANTUNES, 1995, p.41), isto é, uma diminuição da classe operária industrial tradicional. Por outro lado, observa-se uma “[...] expressiva expansão do trabalho assalariado, a partir da enorme ampliação do assalariamento no setor de serviços” [...] (ANTUNES, 1995, p.41), caracterizada pela heterogeneização (crescente incorporação do contingente feminino no mercado) e subproletarização intensificada (expansão do trabalho parcial, temporário, subcontratado, terceirizado, precário, etc.).

O aspecto mais negativo resultante dessas transformações que sinalizam um processo de heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora, trata-se da expansão do desemprego estrutural em escala global que atinge os trabalhadores provenientes dos mais diversos espaços sócio-ocupacionais, assim como informa as particularidades da realidade do mercado de trabalho em países como o Brasil. Nessa reconfiguração

da classe trabalhadora, os jovens ao atingirem a idade de ingresso no mercado de trabalho e os trabalhadores com idade próxima ou superior aos quarenta (40) anos³ considerados “idosos” pelo capital, vivenciam processos excludentes, somando-se ao contingente de trabalhadores atingidos pelo desemprego estrutural e engrossando a camada do lumpemproletariado⁴.

Com a ampliação do desemprego cresce também o contingente de trabalhadores em condição de informalidade e os indicadores de expansão do trabalho precarizado, parcial, temporário, terceirizado e informalizado. (ANTUNES; ALVES, 2004). Aliados às distintas formas de terceirização, esses indicadores constituem alternativas crescentemente desregulamentadas com rebatimentos na economia, na política e na cultura da sociedade, alterando o processo, as relações e as condições de trabalho e produzindo novas demandas societárias, tais como: a ampliação da concentração de renda, o agravamento da pobreza, da exclusão, da desigualdade e da exclusão social. (IAMAMOTO, 2008).

A reestruturação produtiva emerge como condição necessária à retomada do padrão de acumulação capitalista, com significativos impactos sobre o mundo do trabalho. Representa o reordenamento das condições necessárias à manutenção do modo de produção capitalista, não excluindo as contradições e lutas de classes, sociais e políticas, mas metamorfoseando-as em novos cenários, sob novas formas e novos embates. Trata-se de um novo regime de acumulação apoiado na flexibilização do trabalho, do mercado de trabalho e dos produtos e padrões de consumo.

Determinados setores permanecem desproporcionalmente dependentes de formas de utilização da força de trabalho humano e em outros a força de trabalho humano é intensamente substituída pelo uso de máquinas ou equipamentos modernos, conhecimento técnico e/ou científico. Ao mesmo tempo em que o trabalho vai sendo substituído por meios poupadores (MARTINS, 1997), surgem o emprego e o desemprego sazonais, as migrações temporárias, o tráfico de mão de obra e os problemas sociais decorrentes. Estes fatores fazem ressurgir com novas roupagens antigas expressões de exploração da força de trabalho por parte do capital.

Entretanto, com base nas tendências em curso constata-se que não é possível concluir-se pela perda da centralidade do trabalho no universo de uma sociedade produtora de mercadorias. Em que pese à ampliação dos fatores objetivos do processo de trabalho em detrimento dos seus fatores subjetivos, não é possível ratificar a eliminação do papel decisivo do trabalho coletivo na produção de valores de troca. Ainda que se constate uma redução na dimensão quantitativa do trabalho com repercussões qualitativas, sua dimensão abstrata segue representando papel decisivo na criação de

valores de troca.(ANTUNES, 1998; IAMAMOTO; CARVALHO, 2006; IAMAMOTO, 2008).

O trabalho concreto, na condição de criador de valores de uso, isto é, em sua dimensão qualitativa, constitui uma forma social e histórica específica de trabalho que produz coisas socialmente úteis e necessárias. Distanciando-se o caráter concreto da utilidade desse trabalho, tem-se o processo de alienação do trabalhador, que não se restringe à transformação do seu trabalho em objeto, mas na sua externalização como força estranha e autônoma. O caráter alienante atinge seu ápice no capital financeiro, isto é, que “[...] envolve a fusão do capital bancário e industrial em condições de monopólio capitalista, redundando na concentração da produção e na fusão de bancos com a indústria”.(IAMAMOTO, 2008, p.101). A estrutura desse processo baseia-se no capital que rende juros, capital dinheiro que numa relação ensimesmada apresenta-se superficialmente como independente da criação de valor.

No marco da mundialização do capital em um contexto de desregulamentação e liberalização da economia sob a hegemonia das finanças, o capital assume a sua forma mais mistificada: a de capital fetiche. A relação social do capital passa a consumir-se através da relação do dinheiro sob a forma jurídica do contrato, cuja execução pode ser imposta pelo Estado. Assumindo a versão dinheiro, o capital é emprestado sem haver cedência de propriedade, nem compra ou venda, e parte da mais-valia é retirada da circulação sob a forma de juro distribuído entre pessoas diferentes, na qual [...] o ‘ganho empresarial’ do capitalista em função aparece sob forma invertida, como decorrente de seu ‘trabalho’ de dirigir o processo de produção e circulação: como ‘salário de superintendência’. (IAMAMOTO, 2008, p.95).

Do mesmo modo com que impacta em novas configurações para o trabalho, o atual processo de reestruturação produtiva capitalista sob a égide do neoliberalismo tem provocado também mudanças na forma de organização das políticas sociais, em especial, da política de saúde. Historicamente, o papel desempenhado pelo Estado na proposição e gestão das políticas sociais traduziu-se em estratégia mediadora da reprodução da força de trabalho (MOTA, 2005), elemento indispensável à acumulação do modo de produção capitalista que também expressa a trama social de relações entre Estado, sociedade civil e mercado.

O processo contraditório de garantia/negação de direitos sociais nos mais diversos âmbitos apresenta estreita relação com as metamorfoses sofridas pelo modo de acumulação capitalista e seus rebatimentos sobre o mundo do trabalho. As políticas de proteção social constituem produto histórico das lutas do trabalho, respondendo pelo atendimento de necessidades dos trabalhadores reconhecidas pelo Estado e patronato.(MOTA, 2004). As políticas sociais em sociedades capitalistas desenvolvidas

e de economia periférica, a exemplo do Brasil, situam-se no movimento contraditório de disputas de interesses de classe, face ao modo de absorção das reivindicações sociais por parte do capital e do encaminhamento da ação estatal.

No decorrer do século XX, a estruturação das políticas sociais brasileiras esteve ancorada na “cidadania regulada” através da organização do seguro social, contexto em que eram considerados cidadãos os trabalhadores inseridos no mercado formal, vinculando-se o direito à saúde ao registro formal de trabalho. A origem e a expansão da própria seguridade social brasileira, no bojo do modo de produção capitalista, estão atreladas ao processo de acumulação da riqueza e sua forma de organizar o trabalho, à capacidade de resistência dos trabalhadores e às interfaces do Estado diante dessas correlações de forças.

De acordo com a análise proposta por Silva (2004, p.32), a política social está em permanente contradição com a política econômica “[...] uma vez que aquela confere primazia às necessidades sociais, enquanto esta tem como objeto fomentar a acumulação e a rentabilidade dos negócios na esfera do mercado”. Em termos gerais, a política social precisa estar sempre de acordo com os orçamentos da política econômica e é comum que esta não priorize o social. Para uma relação de harmonia entre política social e econômica, seria necessário que ambas partissem do mesmo pressuposto: garantir a satisfação das necessidades sociais e o acesso universal aos direitos sociais.

Com a confirmação da crise estrutural do capitalismo houve forte tendência recessiva da economia nos países latino-americanos, agravamento do processo inflacionário, aumento da dívida externa, do desemprego estrutural e do déficit fiscal. Aliados, esses elementos marcaram negativamente os níveis de saúde da população, requerendo uma tomada de posição diante dos problemas sanitários. Diante do anúncio governamental da crise econômica e sua incapacidade de financiá-la, amplia-se a mobilização social em prol da formulação de uma nova concepção de saúde com significativas alterações na sua forma de organização e gestão, num esforço promissor de equipará-la à condição de política pública de responsabilidade do Estado.

No que se refere à política de saúde, mesmo antes da crise estrutural do capitalismo muitos países vinham enfrentando dificuldades em função dos elevados gastos com a mesma, necessitando reformas setoriais e configurando o cenário de “[...] movimento universal em prol da reforma dos sistemas de saúde”.(MENDES, 1996, p.27). No caso brasileiro, o déficit do financiamento previdenciário em decorrência da recessão econômica provocou retração dos gastos com saúde no âmbito da previdência social, demandando uma nova construção teórico-discursiva que propunha “[...] a reorientação do sistema médico-assistencial, com

o privilegiamento das ações desenvolvidas ao nível do setor público".(FELIPE, 1987, p.489). A pauta focalizava-se não em um modelo emergente de sociedade, mas nas metamorfoses sofridas pelo modo de produção capitalista no estabelecimento de novas formas necessárias à garantia de sua própria reprodução, expressas na exploração do capital sobre o trabalho.(MOTA, 2005).

As contradições do modo de produção capitalista não se findam, se reconfiguram e metamorfoseiam. Assumem novas nuances no tecido da realidade social, obscurecendo o seu próprio avesso que informa o universo do trabalho marcado pelas lutas da classe trabalhadora, que não se apropria do produto do próprio trabalho, experimentando a radicalização dos processos de exploração, expropriação e exclusão social, em favor de uma política econômica capitalista de orientação neoliberal.

É no cenário de hegemonia do projeto societário capitalista neoliberal que recentemente vem se efetivando uma série de mudanças na forma de organização da política de saúde no Brasil. Trata-se de um contexto no qual se constata o privilegiamento da atenção básica como contato preferencial da população com o Sistema Único de Saúde (SUS) e, concomitantemente, marcado por avanços e retrocessos em direção à efetivação do direito à saúde.

3 MUDANÇAS NA FORMA DE ORGANIZAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE COM ÊNFASE NA ATENÇÃO BÁSICA

A questão saúde ganhou visibilidade social no Brasil devido à luta coletiva dos diversos atores sociais protagonizada por profissionais advindos do campo da saúde coletiva, movimentos sociais (sindicais e partidários) e população em geral, cujo processo desencadeou o movimento de Reforma Sanitária e a posterior institucionalização da saúde como direito social de responsabilidade do Estado. O país vivenciava a crise do modelo de organização da saúde pública desenvolvimentista, à luz do qual haviam sido vislumbradas melhores condições de saúde para a população como um dos efeitos do crescimento econômico.

Em meados da década de 70 do século XX, sob a influência de referenciais externos, passam a ser desenvolvidos programas com vistas à ampliação da cobertura das ações básicas em algumas administrações municipais, mais especificamente direcionados à população excluída do sistema previdenciário.(FELIPE, 1987; NUNES, 1994). No contexto global, ocorre a Conferência Internacional de Alma-Ata promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). A Atenção Primária de Saúde (APS) é definida como principal estratégia para a expansão das coberturas dos serviços para toda a

população e diminuição das taxas de morbidade e mortalidade, caracterizando-se os cuidados primários de saúde como essenciais e baseados em:

[...] Métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade.(ORGANIZAÇÃO..., 1978, p.01).

Os cuidados primários foram considerados foco principal do sistema de saúde dos países e parte integrante do desenvolvimento global comunitário, sendo classificados como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. Ao indicar a necessidade de aproximar as ações em saúde ao cotidiano dos sujeitos, introduziu a discussão do território de saúde, neste sentido compreendido como um espaço privilegiado de produção e reprodução social.

A Declaração de Alma-Ata faz um chamamento dirigido particularmente aos trabalhadores para promover a saúde de todos os povos do mundo, destacando-se a participação comunitária como um dos princípios fundamentais dos cuidados primários de saúde. A participação individual e coletiva no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde passa a ser concebida como direito e dever dos povos, o que requer a promoção de:

[...] Autoconfiança e participação comunitária e individual no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde, fazendo o mais pleno uso possível de recursos disponíveis, locais, nacionais e outros, e para esse fim desenvolvem, através da educação apropriada, a capacidade de participação das comunidades.(ORGANIZAÇÃO..., 1978, p.02).

Elevada à condição de direito humano fundamental, a busca pela consecução do mais alto nível de saúde foi equiparada a principal meta social mundial, atrelando sua efetivação para além do setor saúde, à ação coletiva de setores sociais e econômicos. Dentre as resoluções aprovadas nesse contexto, convém destacar a determinação de que a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e o

Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) seguissem apoiando estratégias nacionais de cuidados básicos de saúde, cujas recomendações foram aprovadas em assembleia mundial e acatadas pelo governo brasileiro fazendo referência à relação entre saúde e desenvolvimento.(NUNES, 1994).

Embora tenha sido realizada num período de crise monetária internacional, a Declaração de Alma-Ata seguiu influenciando mudanças no cenário da política de saúde mundial durante a década seguinte, considerada a dos anos do ajuste fiscal. (GIL, 2006). Dentre os principais vetores dessa crise destaca-se o modelo médico hegemônico que, além de elevar os gastos com saúde, mostrava-se pouco impactante na melhoria da qualidade de saúde e vida da população e na otimização dos serviços.

O processo de implementação da atenção primária coincide com um momento histórico de contenção do financiamento, sob a lógica racionalizadora defendida pelas agências financeiras que preconizavam a redução do financiamento e dos gastos em saúde, tendo “[...] seus pressupostos estruturantes de novo modelo (universal, equânime, inclusivo, integral) obscurecidos pelo ideário neoliberal racionalizador (focalização, baixo custo, pacote básico, excludente)”.(GIL, 2006, p.1179). A viabilização de novas diretrizes mostrava-se uma tarefa extremamente difícil devido ao comprometimento histórico do Estado com o modelo privatista engendrado, fato que implicou no desmonte ou estagnação dos serviços públicos próprios ou conveniados.

Muito embora os referenciais da Declaração de Alma-Ata tenham influenciado as primeiras experiências de implantação dos serviços de saúde municipais brasileiros, no transcorrer do tempo e com o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS), os mesmos vêm perdendo sua potência e sendo gradativamente substituídos pela concepção da atenção básica em saúde. Enquanto a atenção primária de saúde é um termo aceito internacionalmente englobando as iniciativas que se baseiam na promoção da saúde (STARFIELD, 2002), a atenção básica em saúde é uma expressão criada pelo Ministério da Saúde (MS) brasileiro para definir uma forma própria de organização do primeiro nível de atenção no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), torna-se cada vez mais frequente o uso do termo atenção básica como referência aos serviços municipais, concepção que, assim como a atenção primária de saúde, sofreu forte influência do Banco Mundial na organização das ações.

A adoção da concepção de atenção básica surge permeada por políticas de redução do papel do Estado caracterizadoras da década de 1990 e, “[...] apesar disso, parece ter sido mais facilmente incorporado ao cotidiano do setor saúde”.(GIL, 2006, p.1179), dada a perceptível intensificação desse movimento, cujas principais características são a

focalização e a privatização da saúde. A priorização da atenção básica subverteu o ideário da Reforma Sanitária, pois ocorreu em consonância com o ajuste fiscal e a reforma administrativa orientada pelos organismos internacionais de combate à pobreza e focalização das políticas sociais, num contexto em que a descentralização aparece como um instrumento importante no âmbito das reconfigurações do papel do Estado e dos diversos níveis de intervenção estatal.(DIAS, 2007).

Por influência dos pressupostos neoliberais no plano político e econômico a partir da década de 1990 no Brasil, o Estado promoveu uma ampla abertura comercial e desregulamentação financeira que, articuladas, contribuíram para o aprofundamento da dependência da economia interna frente ao capital financeiro internacional. A implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991 e do Programa Saúde da Família (PSF) que teve as primeiras equipes formadas em 1994, fazem parte do processo de reformas no âmbito da organização da política de saúde brasileira no contexto pós-movimento de Reforma Sanitária. Para a composição das equipes nas unidades de Saúde da Família, preconizou-se a formação de uma equipe representada por “[...] no mínimo um médico de família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS)”.(BRASIL, 1997, p.13).

Em que pese o discurso governamental dessa proposta reorganizar o modelo tradicional de atenção com ênfase na prática médica, a sugestão de uma “equipe mínima” revela sua própria contradição estrutural fundante. O Programa Saúde da Família (PSF), concebido como uma unidade pública de saúde destinada a efetivar a atenção contínua nas especialidades básicas, por uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as ações de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção deve constituir-se no:

Primeiro contato da população com o serviço de saúde do município, assegurando a referência e contrarreferência para os diferentes níveis do sistema, desde que identificada a necessidade de maior complexidade tecnológica para a resolução dos problemas identificados. Corresponde aos estabelecimentos denominados, segundo classificação do Ministério da Saúde, como Centros de Saúde. Os estabelecimentos denominados Postos de Saúde poderão estar sob a responsabilidade e acompanhamento de uma unidade de Saúde da Família. (BRASIL, 1997, p.11).

Através do processo de fusão ocorrido no período de 1995 a 1997, esses programas

passaram a compor a estratégia Saúde da Família, devendo abranger ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com vistas à mudança do modelo assistencial. Atentando aos pressupostos da territorialização, a população adscrita deve ser cadastrada e acompanhada, tornando-se responsabilidade das equipes de saúde atendê-la, entendendo suas necessidades de saúde como resultado das condições sociais, ambientais e econômicas em que vivem (BRASIL, 2008a). Esta atenção deve ocorrer de forma articulada com os demais níveis do sistema de saúde dos respectivos municípios.

Como produto da articulação entre o Ministério da Saúde (MS) e os Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais (CONASS) e Municipais de Saúde (CONASEMS), foi aprovado em reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) no ano de 2006, o denominado Pacto pela Saúde. Em face aos desafios de reorganização da gestão e reafirmação da política pública de saúde brasileira através da organização do Sistema Único de Saúde (SUS), essa forma supera a lógica organizativa baseada nas Normas Operacionais Básicas (NOB) e aponta o limiar de um novo patamar de relações e responsabilidades entre os gestores das distintas esferas de governo.

Gestores das esferas de governo federal, estadual e municipal pactuaram o compromisso de revisão anual da proposta. Esta revisão deve ter como base os princípios institucionais do Sistema Único de Saúde (SUS), ênfase nas necessidades de saúde da população e implicação com a definição de prioridades articuladas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2006a).

No cenário de aprovação do Pacto pela Saúde acordado pelos entes federativos e da preocupação com o fortalecimento da atenção básica em saúde nas prioridades e objetivos expressos nos seus componentes, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) através do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), apresentou à Comissão Intergestores Tripartite (CIT) a estrutura da nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), aprovada no ano de 2006. A atenção básica foi caracterizada “[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006b, p.10). Nesse ínterim, o Programa Saúde da Família (PSF) é considerado a estratégia prioritária para a organização da atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em território nacional.

Concomitantemente foram lançadas mais duas Portarias: a de n. 649/2006 e a n. 650/2006. Esta última trata da definição de valores de financiamento

e revisão das diretrizes e normas organizacionais da atenção básica para a estratégia Saúde da Família e Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). (BRASIL, 2006c; BRASIL, 2006d). No item que trata sobre a descrição da infraestrutura e recursos necessários para a sua efetivação nos municípios e Distrito Federal, caracterizou-se a estruturação de Unidade Básica de Saúde (UBS), com ou sem Saúde da Família, com equipe multiprofissional composta por “médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde, entre outros”. (BRASIL, 2006b, p. 6). Nota-se que, ao mesmo tempo em que a norma institucional abre a possibilidade de ampliação da equipe multiprofissional no âmbito da atenção básica, contraditoriamente sugere uma “equipe mínima” com ênfase “biológica”, semelhante aos modelos de atenção anteriores, colocando em xeque a efetivação dos seus próprios fundamentos de ação interdisciplinar, integral e intersetorial.

A atenção básica em saúde deve ser desenvolvida através da execução de práticas gerenciais democráticas e participativas, valorizadoras do trabalho em equipe, direcionadas a populações de territórios delimitados sob as quais detém responsabilidade sanitária, considerando o contexto dinâmico e contraditório que caracteriza o espaço em que vivem os sujeitos sociais a quem disponibilizam os seus serviços. A efetivação dessas atividades se materializa na busca por formular respostas aos problemas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância num determinado território, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade. Por essa caracterização, a atenção básica é considerada atualmente o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. (BRASIL, 2006a; 2006b).

Uma das mais recentes medidas do Ministério da Saúde (SUS) no que tange à atenção básica é a Portaria n. 154/2008, que propõe a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Esta medida tem como objetivo:

[...] Ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica. (BRASIL, 2008b, p.02).

Na formulação governamental, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) devem ser constituídos por equipes multidisciplinares compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento. Nesse sentido, devem visar “[...] instituir a plena integralidade do cuidado físico e mental aos usuários do SUS [Sistema Único de Saúde] por intermédio da qualificação e complementaridade do

trabalho das Equipes da Saúde da Família (ESF)". (BRASIL, 2008b, p.02).

Em que pese aos modelos tradicionais de atenção em saúde, a inclusão de diferentes áreas de conhecimento, em sua grande maioria reconhecida como categorias profissionais de saúde de nível superior pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 1998), ainda que em condições de cobertura diferenciada daquelas da "equipe mínima", representa um salto qualitativo em direção à transformação do modelo assistencial, atendendo em parte as demandas das entidades representativas profissionais nos últimos anos. Todavia, não está concluída a luta no âmbito da organização multiprofissional do trabalho em prol de condições igualitárias de inserção em espaços sócio-ocupacionais da política de saúde, tendo em vista evitar prejuízos à qualidade da atenção, sob pena de retroceder-se às práticas contraditórias observadas ao longo da trajetória de busca pela efetivação da saúde como direito social.

4 CONCLUSÃO

A reflexão tecida nesse contexto intencionou contribuir para a compreensão das novas configurações do trabalho e as mudanças na forma de organização política de saúde com ênfase na atenção básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, face ao atual contexto de reestruturação produtiva capitalista sob a égide do neoliberalismo. Pelo exposto, reafirma-se a centralidade do trabalho na sociedade capitalista contemporânea de orientação teórica neoliberal e as novas configurações do trabalho na contemporaneidade, materializados como repercussões das próprias transformações de ordem societária.

Por sua abrangência, as transformações societárias exercem influência sobre a forma de organização das políticas sociais, a exemplo da política de saúde. Dessa maneira, as novas configurações do trabalho vêm impactando na atenção básica – lócus privilegiado de formulação de respostas aos problemas e necessidades de saúde num determinado território, utilizando-se tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade –, considerado atualmente o contato preferencial da população com o Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse íterim constatam-se avanços e retrocessos no que tange à efetivação do direito social à saúde, produzidos pelo histórico privilegiamento da política econômica ao invés da política social. A sobreposição do econômico em relação ao social vem contribuindo e, contraditoriamente, comprometendo a efetivação de uma perspectiva de atenção interdisciplinar, integral e intersetorial, compreendida como meta a ser perseguida na efetivação do processo de trabalho no espaço sócio-ocupacional da atenção básica em saúde.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 3. ed. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1995. 155 p.

_____. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1998. 155 p.

_____. **Os sentidos do trabalho:** ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2002. 349 p.

_____; ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. **Rev. Educação & Sociedade**, Campinas, vol. 25, n. 87, p.335-351, maio/ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v25n87/21460.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família:** uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília/DF, 1997. 36 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Estaduais e Municipais de Saúde. **O SUS de A a Z**, 2008a. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/apresentacao/apresentacao.php>>. Acesso em: 21 dez. 2008.

_____. Portaria GM n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Brasília/DF: Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde 2006**, 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 01 ago. 2006.

_____. Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Ministério da Saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, n. 43, 04 mar. 2008b, 16 p.

_____. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília/DF: 29 mar. 2006b. Seção 1, 26 p.

_____. Portaria n. 649, de 28 de março de 2006. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília/DF: 29 mar. 2006c. Seção 1, p.01.

_____. Portaria n. 650, de 28 de março de 2006. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília/DF: 29 mar. 2006d. Seção 1, p.01-03.

_____. **Resolução do Conselho Nacional de Saúde**, n. 287 de 08 de outubro de 1998. Disponível em: <<http://www.fonosp.org.br/publicar/conteudo2.php?id=297>>. Acesso em: 17 nov. 2008.

DIAS, Míriam Thaís Guterres. O contexto histórico das políticas de saúde e de saúde mental no Brasil e no Rio Grande do Sul. In:_____. **A reforma psiquiátrica brasileira e os direitos dos portadores de transtorno mental: uma análise a partir do Serviço Residencial Terapêutico Morada São Pedro**. 2007. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007. cap. 2. p. 23-84.

FELIPE, José Saraiva. MPAS – O vilão da Reforma Sanitária? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 483-504, out./dez. 1987.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, jun. 2006.

HARVEY, David. **A condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. São Paulo: Loyola, 1993.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 19. ed. São Paulo: Cortez, 2006, 380 p.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008, 495 p.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **A ideologia alemã: primeiro capítulo**. Rocket Edition: Editor Ridendo Castigat Mores, 1999. Disponível em: <<http://www.ebooksbrasil.org/eLibris/ideologiaalema.html#96>>. Acesso em: 02 dez. 2009.

MARTINS, José de Souza. **Exclusão social e a nova desigualdade**. São Paulo: Paulus, 1997.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MOTA, Ana Elisabete. Seguridade Social no cenário brasileiro. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS, 11.; ENCONTRO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL E SEGURIDADE, 3., 2004, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: CFESS, 17 a 22 out. 2004, 07 p. Exposição realizada na Mesa redonda: Seguridade Social no Cenário Brasileiro.

_____. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e assistência social brasileira nos anos 89 e 90**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NUNES, Eduardo Duarte. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, ano 2, p. 05-21, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Alma Ata**. Conferência Internacional de Alma-Ata, 06-12 set. 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 04 nov. 2007.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília/DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

SILVA, Ademir Alves da. **A gestão da seguridade social brasileira: entre a política pública e o mercado**. São Paulo: Cortez, 2004.

NOTAS

1. Classe trabalhadora, nesse contexto, refere-se ao conjunto de trabalhadores que obtêm os meios necessários para reproduzir-se socialmente pela venda da sua força de trabalho.
2. Ainda que haja sido adotada para fins da presente construção, a crise do final dos anos 1960 e início dos anos 1970 convém ressaltar duas outras importantes crises cíclicas do capitalismo ocorridas no século XX: a) a de 1914 (marcada pelo fim da concorrência perfeita, grande depressão da economia, queda dos preços e dos lucros e eclosão da Primeira Guerra Mundial), e b) a de 1929 (caracterizada pela superprodução, incompatibilidade da produção com o valor pago pelos salários, diminuição do mercado consumidor europeu devido à reconstrução dos países no período pós-Primeira Guerra Mundial). Ambas as crises ratificam os movimentos cíclicos históricos de crise e reconfiguração do capital.
3. Trabalhadores fortemente especializados, herdeiros da 'cultura fordista' que são substituídos pelo trabalhador 'polivalente e multifuncional' da era toyotista (ANTUNES; ALVES, 2004).
4. Tradução da expressão "lumpenproletariat" cunhada por Marx; Engels (1999) em referência aos sujeitos que

se encontram à margem do proletariado, submetidos à miserabilidade humana, componentes do exército industrial de reserva.

Marisa Camargo

Doutoranda em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul - PUCRS.

Professora do Curso de Serviço Social da Faculdade de Integração do Ensino Superior do Cone Sul - FISUL.

E-mail: marisacamargo@hotmail.com.br

Faculdade de Integração do Ensino Superior do Cone Sul - FISUL.

Avenida Presidente Vargas, 561 - Bairro Centro
CEP 95720-000 - Garibaldi - RS