

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO PROFISSIONAL SAÚDE E EDUCAÇÃO

EDUARDO STEFANELI

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA PERSPECTIVA SÓCIO-
ANTROPOLÓGICA DE BOURDIEU SOBRE EFETIVIDADE NO
DESEMPENHO DOS GERENTES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Ribeirão Preto
2019

EDUARDO STEFANELI

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA PERSPECTIVA SÓCIO-
ANTROPOLÓGICA DE BOURDIEU SOBRE EFETIVIDADE NO
DESEMPENHO DOS GERENTES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Dissertação apresentada à Universidade de Ribeirão Preto como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Educação.

Orientador(a): Profa. Dra. Eliana Mendes de Souza Teixeira Roque

Ribeirão Preto

2019

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento
Técnico da Biblioteca Central da UNAERP
- Universidade de Ribeirão Preto -

S827r Stefaneli, Eduardo, 1967-
Representações sociais na perspectiva sócio-antropológica
de Bourdieu sobre efetividade no desempenho dos gerentes da
atenção básica à saúde / Eduardo Stefanini. -- Ribeirão Preto,
2020.

76 f.: il.

Orientadora: Profª. Drª. Eliana Mendes de Souza T. Roque.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2020.

1. Teoria social. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Sistema Único
de Saúde. 4. Saúde suplementar. 5. Administração em saúde
I. Título.

CDD 628

FOLHA DE APROVAÇÃO

EDUARDO STEFANELI

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA PERSPECTIVA SÓCIO-ANTROPOLÓGICA DE BOURDIEU SOBRE EFETIVIDADE DOS SERVIÇOS DOS GERENTES DA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE.

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em Saúde e
Educação da Universidade de Ribeirão
Preto para obtenção do título de Mestre
em Saúde e Educação.

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

Data da defesa: 05 de abril de 2019

Resultado: Aprovado

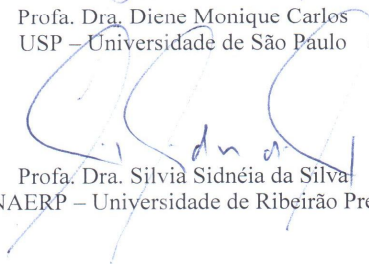
BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Eliana Mendes de Souza Teixeira
Presidente/UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Profa. Dra. Diene Monique Carlos
USP – Universidade de São Paulo



Profa. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

RIBEIRÃO PRETO
2019

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho à minha esposa e aos meus filhos.
Para minha esposa, por permanecer constantemente atenta a todas nossas necessidades, desde as mais fundamentais até aquelas somente perceptíveis aos olhos de uma mulher dotada de extremo amor, coragem, força e inteligência, nos fazendo alcançar desenvolvimento emocional e intelectual para além de nossas próprias crenças.
Para meus filhos, não só por seguirem bons exemplos, mas por dá-los em muito maior número e assim prestigiar-me com o orgulho pela oportunidade de tê-los ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Agradeço minha orientadora Prof^a Dr^a Eliana Mendes de Souza Teixeira Roque, pela generosidade em dividir comigo seu valioso saber, norteador dessa jornada que se tornou divisora e esclarecedora de pontos primordiais sobre meu entendimento das coisas do mundo.

Agradeço também aos professores e amigos que iluminaram essa etapa de minha vida, esperando ter demonstrado suficientemente a diferença que fizeram na construção das novas competências que agora fazem parte de mim e que, certamente, me tornaram um conhecedor muito mais perspicaz da natureza humana.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte dessa esplêndida experiência, o meu mais sincero obrigado.

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

Arthur Schopenhauer

RESUMO

STEFANELI, E. Representações Sociais na Perspectiva Sócio-Antropológica de Bourdieu sobre Efetividade no Desempenho dos Gerentes da Atenção Básica à Saúde. 76 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto - SP, 2019.

O objetivo do estudo foi conhecer e analisar as representações sociais sobre efetividade dos serviços de saúde, demandas e ações realizadas, sob a ótica de gerentes de UBS's e ESF's no município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil. O trabalho fundamentou-se na abordagem metodológica da pesquisa qualitativa, tendo como referencial teórico o conceito de "*habitus*", desenvolvido pelo antropólogo e sociólogo francês Pierre Bourdieu, que buscou analisar a forma como o indivíduo se situa, pensa, age, assume posições políticas e morais na sociedade, criando estratégias individuais e coletivas para posicionar-se e manter-se no espaço social onde presta seus serviços. A pesquisa almejou também verificar se o modelo sócio, político, econômico e cultural imposto pelo campo onde os indivíduos da pesquisa submetem seus serviços, influenciam suas relações com o público alvo de suas ações, originando ou não bases estruturais que fomentam a distinção e violência simbólicas. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevistas semi estruturadas com gerentes oriundos de Unidades Básicas de Saúde e equipes da Estratégia Saúde da Família. A construção dos dados da pesquisa se deu também pela observação livre e a análise através da interpretação de sentidos sob a luz das representações sociais em conjunto com a hermenêutica-dialética. Os resultados apontaram que o compromisso, a autonomia, o gerenciamento, a demanda, os princípios/normas, a cadeia de valor e a dicotomia público/privado configuraram a decomposição máxima dos elementos das representações desses gerentes e formaram as categorias que corroboraram, em seus sentidos, a ideia da promoção de sustentações que estimulam a distinção e violência simbólicas, num *habitus* estruturado e reestruturado no espaço de trabalho.

Palavras chave: Teoria Social, Atenção Primária à Saúde, Sistema Único de Saúde, Saúde Suplementar, Administração em Saúde

ABSTRACT

STEFANELI, E. Representações Sociais na Perspectiva Sócio-Antropológica de Bourdieu sobre Efetividade no Desempenho dos Gerentes da Atenção Básica à Saúde. 76 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde e Educação), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto - SP, 2019.

The objective of the assignment, aimed to know and analyze the social representations about the effectiveness of the healthy services as well as demands and actions, which are performed under the point of view of managers Healthy Care Unit (HCV) and Family Healthy Strategy (FHS) in the city of Ribeirão Preto – SP, Southeastern Brazil. The study has been founded on the methodological approach of the qualitative research which has as theoretical reference the concept of “*habitus*” developed by the French anthropologist and sociologist Pierre Bourdieu, which pursuits analyze the way each person thinks, act, assumes political and moral positions in a society, creating individual and collective strategies to establish and keep themselves in a social space where they provide their services. The study also seeks verify if the social, political, economic and cultural model inflicted by the social field where the research subjects provide their services can influence their relationships with the target public of their actions, either originating or not structural basis that foment symbolical distinctions and symbolical violence. The development of the research’s data took place through semi structured interviews with managers from the Primary Health Care and Family Healthy Strategy. The construction of the research’s datas also occurred through free observations and the analysis through the meaning of the interpretations in view of social representations allied with the dialectic hermeneutics. The results pointed out the commitments, autonomy, management, demand, principles/norms, value chain and the public/privet dichotomy configured the maximum decomposition of the representation elements of this managers and create the categories that corroborated, in their feelings, the sustentation promotion idea which stimulate the symbolical violence and distinction, in a structured and restructured *habitus* on the work environment.

Keywords: Social Theory, Primary Health Care, Unified Health System, Supplemental Health, Health Administration

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

FIGURA 1 - POSIÇÃO DE INTERMEDIACÃO DO GERENTE

FIGURA 2 – FLUXO DA ANÁLISE DE DADOS

QUADRO 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS GERENTES NO ESTUDO

LISTA DE SIGLAS

AB – Atenção Básica

AIS - Ações Integradas de Saúde

AP – Atenção Primária

B2B – *Business to Business*

CAP – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPP – Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa

CBO – Classificação Brasileira de Ocupações

CONASP - Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

DNERu – Departamento Nacional de Endemias Rurais

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

EACS - Equipes de Agentes Comunitários de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

FMRP – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto

IAP – Instituto de Aposentadorias e Pensões

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

LOS - Lei Orgânica da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

OS – Organizações Sociais

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAIS - Programa de Ações Integradas de Saúde

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	
1 INTRODUÇÃO	13
1.1 JUSTIFICATIVA	15
1.2 PRESSUPOSTOS.....	16
1.3 OBJETIVO GERAL	18
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
2 REVISÃO DA LITERATURA	19
2.1 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	19
2.2 NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS.....	23
2.3 O SUS E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL.....	25
2.4 O SUS NO ATUAL CENÁRIO DA SAÚDE.....	26
3 REFERENCIAL TEÓRICO	28
4 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	33
4.1 NATUREZA DO ESTUDO.....	33
4.2 LOCAL DO ESTUDO	34
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	36
4.4 COLETA DE DADOS	37
4.4.1 Instrumento de Coleta.....	37
4.4.2 Procedimentos de Coleta de Dados.....	38
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	39
4.6 ANÁLISE DE RISCO E BENEFÍCIO PARA A POPULAÇÃO ESTUDADA	41
4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	42
4.8 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA.....	43
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
6 CONCLUSÃO.....	56
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	57
REFERÊNCIAS.....	59
APÊNDICE I.....	64
APÊNDICE II.....	65
APÊNDICE III.....	67
APÊNDICE IV.....	68
ANEXO A	70
ANEXO B	71
ANEXO C	75
ANEXO D	76

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Eduardo Stefaneli, sou graduado em Ciências Biológicas – Modalidade Médica pelo Centro Universitário Barão de Mauá – Ribeirão Preto - SP e possuo pós-graduação *lato sensu* em Administração de Marketing e Marketing Estratégico.

Minha atuação como profissional de saúde deu-se em hospital de atendimento terciário, ensino e pesquisa (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo). Posteriormente, contribuindo nas áreas de assessoria e consultoria à clientes B2B em multinacionais do ramo diagnóstico (Sysmex S/A, Bayer S/A e Roche S/A), tive a oportunidade de gerenciar equipes de vendas e pós venda, mantendo íntimo contato negocial com clientes estratégicos para as empresas.

Atualmente, na direção de clínicas de atendimentos primário, secundário e diagnósticos auxiliares, empresa distribuidora de materiais médico-hospitalares e escritório de consultoria para prestadores de serviços em saúde, atuo no direcionamento e implementação de modelos de gestão propostos para as empresas na atual conjuntura mercadológica.

O que me impulsionou à procura pelo Mestrado em Saúde e Educação foi buscar respostas sobre o grau de influência que o modelo assistencial atual exerce sobre os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e como isso se reflete na construção de suas representações sociais.

A pesquisa em tela foi pautada nas representações sociais sobre eficiência no desempenho dos gerentes na atenção básica à saúde do Município de Ribeirão Preto – São Paulo - Brasil. Tal tema me chamou a atenção, pois percebe-se, em senso comum, não haver correspondência em relação às expectativas, entrega de serviços, ações e relações sociais entre os prestadores de serviços e o público alvo dessas demandas. A partir dessa hipótese nasce a problemática para a pesquisa, cujas questões foram desenvolvidas junto aos indivíduos ocupantes do cargo de gerente nas UBS's e ESF's do citado município.

Portanto, diante do exposto, a presente pesquisa responde a uma inquietação que me acompanha há algum tempo.

1 INTRODUÇÃO

Diferentes características históricas, econômicas e políticas determinam a forma como os sistemas de serviços de saúde se formam e operam em diferentes países ou nos subsistemas concomitantemente funcionantes dentro de um só país.

Apesar disso, todos os sistemas de saúde se propõem a prestar serviços de forma efetiva, eficiente e equitativa. Um dos aspectos mais importantes que definem tais sistemas é a característica do provedor de seguridade. Estes podem ser governamental, privado regulado pelo governo e organizações amplamente privadas (STARFIELD, 2001).

Traçar panoramicamente os elementos que compuseram a evolução das ações de saúde no Brasil, permite entender e contextualizar o caminho percorrido para se chegar ao modelo universal de saúde pública hoje prevalente no país. Tal assunto é pormenorizado no tópico Revisão da Literatura que compõe esse estudo, permitindo, nesse momento, uma atenção mais específica na conjuntura atual do Sistema Único de Saúde (SUS), propósito fundamental deste.

Foi a Carta Constitucional de 1988 que estabeleceu a saúde pública sob os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma caracterização didático-funcional destes princípios poderia ser descrita como segue, para a compreensão do quão complexo estes se tornam quando colocados no contexto da aplicabilidade social, tanto para gestores, profissionais de saúde e usuários do sistema:

- Universalidade, integralidade e equidade – considerados aqui **princípios filosóficos** que norteiam os valores sócio-ético-morais à serem perseguidos pelos sujeitos inseridos no sistema;

- Regionalização, descentralização e participação popular - **princípios orgânicos** necessários à ordenação e funcionalidade do sistema;

- Resolutividade - **princípio fim**, ou seja, resultado a ser conseguido em todos os atendimentos realizados, visando a efetividade do sistema.

Diversas são, desde então, as discussões sobre o funcionamento simultâneo desse conjunto de princípios, particularmente os aqui denominados filosóficos, em processos organizados para trazer na sua totalidade os benefícios propostos por cada um deles, isoladamente.

Mendes (2001) discute sobre a orientação do sistema público apenas para as camadas mais desfavorecidas, excluindo a universalidade, pois dessa forma, sobrariam mais recursos para os cuidados das pessoas que pertencem a elas.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que mesmo com recursos substanciais investidos em saúde, sistemas públicos não possuem condições de integralidade de atendimento à todas as pessoas (OMS, 2000).

Vários estudos apontam uma maior utilização dos serviços de saúde por pessoas com melhor nível sócio econômico (COSTA; FACCHINI, 1997; PINHEIRO; TRAVASSOS, 1999; SAWYER et al., 2002; DIAS DA COSTA et al., 2008).

Em geral, pesquisas sobre utilização de serviços de saúde mensuram objetivamente a demanda de indivíduos que efetivamente procuram e são atendidos por tais serviços, excluindo os indivíduos que não os procuram, comprometendo o real conhecimento do nível populacional que necessita dos atendimentos e quais os tipos de atendimentos necessita (CESAR; TANAKA, 1996), deixando de oferecer informações fidedignas que podem influenciar na busca da equidade quando da formulação de políticas públicas para uma eficiente cobertura assistencial.

Entende-se, neste trabalho, que a partir da promulgação da 8ª Carta Magna brasileira, passamos a ter a saúde como um direito inequívoco do cidadão muito mais do que um dever do Estado.

Tal afirmação pode aparentar simplesmente uma questão semântica, ou seja, apenas uma interpretação particular de componentes de um enunciado, porém, o deixam de ser quando legitimam toda uma rede de significados trazidas por um entendimento individual ou coletivamente induzidos. Ainda mais perniciosa se torna quando tal compreensão passa a orientar as condutas de vários atores sociais que buscam, intencionalmente ou não, promover ações diversas em nome de um entendimento equivocado entre princípios e normas, assingelando discussões complexas sobre universalidade, integralidade e equidade em simples expressão de uma só linha, ou seja: TUDO IGUAL para TODOS.

Tal impasse justifica a tentativa de compreender se este sistema de saúde, assim como ora exposto, influencia na tomada de decisões dos gerentes da Atenção Básica à Saúde, indivíduos incumbidos factualmente da descentralização e disponibilização de serviços apropriados à comunidade onde estruturalmente se insere sua unidade de trabalho.

1.1 JUSTIFICATIVA

Vislumbra-se, à primeira vista, na corrente situação, princípios fundamentais aparentemente excludentes entre si, pois nota-se a existência de uma influência nociva na interdependência primordialmente elaborada para uma relativa e necessária organização do sistema.

O fluxo desordenado, intenso e não programado de pessoas, desequilíbrio no acesso, negociação de procedimentos organizados essencialmente na força econômica do poder negocial de entes necessários ao sistema, porém danosos a este quando passam a estruturar serviços antes mesmo destes contemplarem necessidades reais, são situações que levam à sobreposição nas demandas comuns da atenção básica à saúde em centros possuidores de maior grau de complexidade, condição causadora de gastos extras para o sistema, que custeia modalidades de atendimentos e estruturas por demasiado dispendiosas em detrimento da proposta do primeiro nível de atenção à saúde que possui maior abrangência com menor custo efetivo.

Tal problemática vai de encontro ao objeto de estudo desta pesquisa que procura analisar o grau de influência que a imposição desse modelo sócio, político, econômico e cultural possui na construção das representações sociais dos profissionais que atuam nesse sistema em relação as ações, demandas e entrega efetiva de seus serviços, pois pela análise da origem de tais indivíduos (ponto de partida para o entendimento de sua visão sobre seu campo de atuação), tem-se a expectativa de identificar a idealização de suas representações sociais, visto que estas possuem significações ou, mais claramente, funções que podem ser definidas como funções de saber, de identidade, de orientação e de justificação das condutas.

Assim sendo, a função de saber permite aos indivíduos compreender e explicar determinada realidade, de acordo com seu entender e seu histórico de valores e crenças; a função de identidade funciona como defesa às peculiaridades do grupo na medida em que o situa, bem como os indivíduos que o formam, diante de um espaço social ou campo de atuação; a função de orientação responsabiliza-se pelo padrão comportamental, funcionando na representação como uma antecipação de ações, intervindo na atitude a ser adotada pelos sujeitos sociais, notoriamente sugestiva de como devem agir os indivíduos pertencentes àquele grupo e, finalmente, a função de justificação que atua no sentido de fundamentar as atitudes

tomadas pelo grupo em ação ou com relação aos integrantes do grupo, conforme salienta Abric (1994 apud CRUSOÉ, 2004).

1.2 PRESSUPOSTOS

A reformulação do papel da atenção básica de saúde passa pela urgente correspondência entre as expectativas do público alvo dos serviços e a percepção do quanto verdadeiramente estas se exprimem, sob a ótica dos profissionais incumbidos da prestação de tais serviços, na entrega dos mesmos e em suas relações sociais, possível ponto dissonante entre ambas concepções. Porém, para que propostas sejam pelo menos aventadas como possíveis incrementos à solução de tão complexo equacionamento, mudanças no entendimento estrutural do sistema devem ser abertamente discutidas e analisadas.

A adequação da forma de organização dos usuários, passa pela inversão na lógica com que os mesmos foram estruturados no SUS. Ao invés de se criar demandas a partir da oferta indiscriminada e desigual de serviços, esses é que devem se estruturar a partir das exigências das pessoas. Nesse nexos reside uma mudança de termos e sentidos no acesso ao SUS (TRAVASSOS, 1997).

Parte-se aqui do pressuposto que qualquer reformulação e adequação para correspondência às expectativas dos usuários transita obrigatoriamente pela participação social e, uma forma de concebê-la é entendê-la como o exercício pleno do direito à informação por parte do cidadão. Porém, apesar de vital, esse direito não traduz essencialmente a participação, pois, participar é, sobretudo, também exercer o direito de se informar (BRANDÃO, 2008).

Assim sendo, apesar da participação social ter sido elemento primordial para a construção do SUS, sistema materializado a partir da responsabilização compartilhada de profissionais de saúde, gestores e usuários ao se sublinhar conquistas com relação à participação social no SUS, ainda há dificuldade da comunidade em reconhecer-se nesse processo, questão por vezes dificultada pela maneira como foram desigualmente organizados, ao longo da história, os serviços de saúde, fragilizando a promoção da autonomia. Desta maneira, a comunidade parece ainda não estar inserida efetivamente no processo de construção das ações e serviços de saúde. A dificuldade no diálogo, muitas vezes ainda desigual entre

comunidade e gestores da saúde, enfraquece o agir consciente e a construção de propostas de transformação da realidade (LIMA; PERCY, 2016).

Portanto, também se faz necessário averiguar se tais adequações encontram reverberação entre os profissionais que compõem a atenção básica à saúde do sistema, de maneira a entender como os mesmos incorporam seu “EU” social frente ao campo a que submetem seus serviços, procurando avaliar ainda o ajustamento problemático entre a estruturação (valor objetivo) e a necessidade (valor subjetivo), dimensionando-se a adequação entre as ações esperadas e a realidade dos serviços disponibilizados, confrontando suas posições sócio-profissionais, considerando-se uma possível concepção, entre esses indivíduos, de uma dicotomia público/privado o que originaria uma desigualdade de termos e ideias.

Aqui, o público é entendido como termo forte e o privado, negativamente tido como termo fraco, por entender-se como “não público” (BOBBIO, 2017), e assim, verificar se os sujeitos da pesquisa possuem uma ótica polarizada que alimenta as distinções simbólicas ou entendem que categorias opostas podem constituir um esquema produtivo na sua área de atuação.

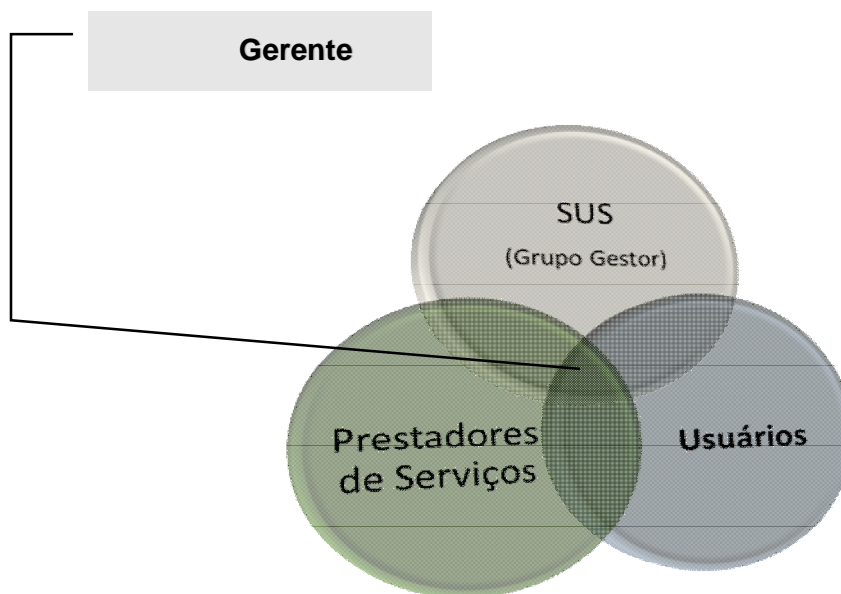


Figura 1 – Posição de Intermediação do Gerente (Fonte: Própria autoria, 2018)

1.3 OBJETIVO GERAL

Identificar e analisar as representações sociais sobre a efetividade dos serviços, demandas e ações de saúde realizadas, sob a ótica de gerentes das UBS's e ESF's do município de Ribeirão Preto/SP, na perspectiva sócio-antropológica de Bourdieu.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar os sujeitos da pesquisa quanto a sua diversidade social, profissional e cultural.

Verificar se a estrutura dos e para os serviços suprem os anseios profissionais dos indivíduos pesquisados em relação ao seu público alvo.

Reconhecer se o modelo sócio, político, econômico e cultural imposto pelo campo onde os gerentes submetem seus serviços, influenciam suas relações com o público alvo de suas ações, originando ou não bases estruturais que fomentam a distinção e violência simbólicas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A reforma na saúde foi projetada a partir de 1903, por Oswaldo Cruz, que no ano seguinte propôs um código sanitário que instituiu a desinfecção, inclusive domiciliar, o arrasamento de edificações consideradas nocivas à saúde pública, a notificação permanente dos casos de febre amarela, varíola e peste bubônica e a atuação da polícia sanitária. Seus métodos tornaram-se alvo de discussões e muita crítica, culminando com um movimento popular no Rio de Janeiro conhecido como a Revolta da Vacina (COSTA, 1985; COC, 1995).

Apesar do modelo de atuação à saúde da época estar mais voltado para ações coletivas e preventivas, grande parte da população ainda não possuía recursos próprios para custear uma assistência à saúde (FIGUEIREDO NETO, 2010).

Em 1923, inspirada na legislação argentina sobre a previdência social e no movimento de seguro previdenciário inglês, propõe-se a instituição das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) através de um projeto de lei que, sancionado em janeiro daquele ano, transforma-se em decreto lei. As CAP eram organizadas por empresas e financiadas pelas mesmas e trabalhadores em uma espécie de seguro social. O Estado em nada contribuía financeiramente e muito menos tinha responsabilidade na administração dessas Caixas. Sua atuação se restringia à legalização de uma organização que já vinha se dando de maneira informal desde 1910 (TEIXEIRA; OLIVEIRA, 1985).

Concomitantemente, o movimento sanitarista da Primeira República obteve importantes resultados que se verificaram com a criação em 1920 do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), dirigido até 1926 por Carlos Chagas. A criação do DNSP foi o resultado de intenso processo de negociação política envolvendo sanitaristas, governo federal, estados e poder legislativo (FIGUEIREDO NETO, 2010).

Em 1930 é instituído o Ministério da Educação e da Saúde Pública no Governo Provisório do Presidente Getúlio Vargas. Também nessa época é criado o Ministério do Trabalho, a partir de onde os trabalhadores passam a ter direitos, antes inexistentes. É nessa fase que são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), ampliando o papel das CAP, dando início ao sistema de proteção social brasileiro. Com a criação dos IAP passou-se a incluir em um mesmo instituto

toda uma categoria profissional, não mais apenas empresas, o Estado passou a participar da sua administração, controle e financiamento. A partir daí, dá-se início à criação de um sistema público de previdência social, porém, ainda se mantinha o formato do vínculo contributivo formal do trabalhador para a garantia do benefício e, caso não contribuísse, estaria excluído do sistema de proteção.

Ao recém criado Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP) coube cuidar da saúde pública, ou seja, tudo o que dissesse respeito à população e que não se encontrava resguardado pela medicina previdenciária, assim sendo, todos aqueles que não se encontravam habilitados a usufruir dos serviços oferecidos pelas caixas e pelos institutos previdenciários, como era o caso dos pobres, desempregados e os que exerciam atividades informais (FIGUEIREDO NETO, 2010).

Com a queda de Vargas e eleição de Eurico Gaspar Dutra, o país inicia um período de experiência democrática. Neste período ocorreu um intenso debate sobre os custos econômicos das doenças como obstáculo ao desenvolvimento dos países, particularmente no que se refere à expansão agrícola e à produtividade do trabalho (LIMA, 2005).

Ocorre a criação do Ministério da Saúde (MS), provocando uma reforma dos serviços nacionais de saúde até então especializados na definição e implementação de medidas isoladas para cada doença, integrando-os em um órgão único, o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), que mantinha como posição hegemônica a defesa do foco central nas doenças da coletividade, em especial nas endemias rurais, que obstaculizavam o desenvolvimento em um país ainda rural (LIMA, 2005).

O golpe militar de 1964 trouxe mudanças para o sistema sanitário brasileiro, com destaque na assistência médica, no crescimento progressivo do setor privado e na abrangência de parcelas sociais no sistema previdenciário. A primeira ação significativa no sistema previdenciário brasileiro ocorreu em 1966 com a unificação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O novo órgão permitiu uma padronização dos institutos, principalmente acerca dos benefícios prestados, causando insatisfação naqueles contribuintes de institutos com mais benefícios (FIGUEIREDO NETO, 2010).

A partir de meados da década de 70, após um cenário de crise política e econômica iminente do governo militar, começam a se definir novas estratégias para manter o governo. Para fazer frente a esses desafios, o governo criou o Conselho de

Desenvolvimento Social (CDS), à semelhança do Conselho de Desenvolvimento Econômico e o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), porém, por não possuir quadros para ocupar os espaços abertos pelos novos cargos, abre-se uma brecha por onde lideranças do movimento sanitário entram na alta burocracia estatal, na área da Saúde e da Previdência Social (ESCOREL, 1998).

Esses reformistas buscam a universalização do direito à saúde, a unificação dos serviços prestados pelo recém criado Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e a integralidade de suas ações (FIGUEIREDO NETO, 2010).

A década de 80 inicia-se em clima de redemocratização, crise política, social e institucional do país. No âmbito da saúde, acontece a 7ª Conferência Nacional de Saúde com o propósito de desenvolver a política de saúde e formular o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saúde), que busca dotar o país de uma rede de serviços básicos que oferecesse, em quantidade e qualidade, os cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, tendo como meta a cobertura de saúde para toda a população até o ano 2000. No entanto, o Prev-Saúde acabou não sendo incorporado pelo governo e muito menos estabelecido na prática dadas as resistências inter burocráticas assentadas no INAMPS, a forte oposição das entidades do segmento médico empresarial e ainda as pressões oriundas do campo da medicina liberal e do setor privado contratado (CORDEIRO,1991).

Em 1981 é formado o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP) que passa a operar como organizador e racionalizador da assistência médica objetivando o controle dos custos, aconselhando políticas de financiamento e assistência à saúde. O CONASP promove várias modificações no modelo de saúde em vigor, possibilitando reformulações básicas para a recomposição do setor. Dentre elas destaca-se o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS), posteriormente intitulado como Ações Integradas de Saúde (AIS), que mostrou-se como o principal caminho para a propagação à todos os entes sociais do direito à saúde, propondo essencialmente a assinatura de convênios entre o INAMPS e os estados e municípios para a transferência de verbas visando a construção de unidades de saúde, tendo em contrapartida a garantia de assistência à toda população, inclusive aos não beneficiários da previdência social,

consolidando a sistematização e incorporação do planejamento entre união e os estados como prática institucional (FIGUEIREDO NETO, 2010).

Com o fim do regime militar em 1985, chega ao governo brasileiro um presidente da república civil, eleito por um pleito indireto e apoiado pela dissidência do próprio partido governista. No setor econômico destacam-se dois planos, o Plano Cruzado I e II, que intencionam conter a hiperinflação e no setor político, busca-se um consenso entre os recém chegados ao poder, hegemonicamente políticos democratas e liberais. Na saúde, o plano das AIS é retomado e estimulado por líderes do movimento sanitarista que agora ocupam espaços de importância no cenário político-institucional do país e que, por decorrência dessa nova realidade, promovem a 8ª Conferência Nacional de Saúde evidenciando em seus debates que a reforma do setor de saúde transpunha as fronteiras de uma simples reformulação administrativo-financeira (FIGUEIREDO NETO, 2010).

No relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, são aprovadas, por unanimidade, as diretrizes da universalização à saúde, do controle social efetivo e garantia a saúde integral. Esse relatório serve como referência para as discussões dos assuntos de saúde pela Assembleia Nacional Constituinte em 1987/1988. Criase assim, em julho de 1987, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), precursor e base para a elaboração do SUS (BRASIL, 1987).

O SUDS avança na política de descentralização da saúde e, principalmente na descentralização do orçamento, permitindo uma maior autonomia dos estados na programação das atividades do setor; dando prosseguimento às estratégias de hierarquização e universalização da rede de saúde e retirando do INAMPS a soma de poder que ele centralizava (VENÂNCIO, 2005).

O debate constituinte se acirra e revela resistências por parte dos prestadores de serviço privado do setor de saúde e da medicina autônoma, além de conflitos de interesses entre os reformistas da previdência social. As disputas de interesse não são suficientes para barrar a aprovação do SUS e seus princípios, mas impedem a definição de algumas políticas importantes para o processo da reforma, tais como o financiamento, a regulação do setor privado, a estratégia para a descentralização e unificação do sistema, dentre outras (FARIA, 1997).

Em 5 de outubro de 1988 foi promulgada Oitava Constituição do Brasil e ao longo de 1989 discute-se a lei complementar que formularia as bases operacionais do SUS. No período entre 1989 e 1990, ocorre o projeto de formulação da Lei

Orgânica da Saúde (LOS), todavia a LOS 8.080, após sofrer uma quantidade enorme de vetos, é promulgada pelo governo federal e assim, nesse cenário, inicia-se a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990).

A criação do SUS é considerada uma das maiores políticas de inclusão social no país, porém, a efetivação do direito à saúde depende do provimento de políticas sociais que assegurem o desenvolvimento econômico e a distribuição de renda, cabendo ao SUS, por sua vez, a promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e da coletividade de forma equitativa (FIGUEIREDO NETO, 2010).

2.2 NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SUS

O atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) se dá a partir de um modelo baseado na hierarquização das ações e serviços de saúde por níveis de complexidade, conceito denominado como Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A origem das Redes de Atenção à Saúde (RAS) data da década de 1920, mais especificamente no Reino Unido, primordialmente propondo a organização de sistemas regionalizados de saúde, cujos serviços de saúde deveriam acontecer por intermédio de uma organização ampliada que atendesse às necessidades da população de forma eficaz. Além disso, esses serviços deveriam ser acessíveis a toda população e oferecer cuidados preventivos e curativos, tanto no âmbito do cuidado domiciliar quanto nos centros de saúde secundários, fortemente vinculados aos hospitais (BRASIL, 2012).

Assim, em nível internacional e nacional, tem-se estabelecido um consenso gradativo de que a organização dos sistemas de saúde sob a forma de redes integradas é a melhor estratégia para garantir atenção integral, efetiva e eficaz às populações assistidas, com a possibilidade de construção de vínculos de cooperação e solidariedade entre as equipes e os níveis de gestão do sistema de saúde (BRASIL, 2012).

No Brasil, as RAS têm como objetivo promover a integração de ações e serviços de saúde para prover uma atenção à saúde de forma contínua, integral, de qualidade, responsável, humanizada, com vistas à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS. Na Portaria que instituiu as RAS no âmbito do SUS, é possível identificar 6 características importantes e inerentes à sua matriz conceitual. Portanto, as RAS podem ser caracterizadas por:

- Formar relações horizontais entre os diferentes pontos de atenção;
- Atenção Primária à Saúde como centro de comunicação;
- Planejar e organizar as ações segundo as necessidades de saúde de uma população específica;
- Ofertar atenção contínua e integral;
- Cuidado multiprofissional;
- Compartilhar objetivos e compromissos com os resultados, em termos sanitários e econômicos (BRASIL, 2012).

Dessa forma, o atendimento pelo SUS acontece em três níveis de atenção: no primeiro, estão as Unidades Básicas ou Postos de Saúde, a porta de entrada ao sistema, onde são marcadas consultas e exames e realizados procedimentos menos complexos, como vacinação e curativos; no segundo, entendido como de média complexidade, estão as Clínicas, Unidades de Pronto Atendimento e Hospitais Escola, que dão conta de alguns procedimentos de intervenção, bem como tratamentos a casos crônicos e agudos de doenças diversas. No terceiro, de alta complexidade, estão os Hospitais de Grande Porte, onde são realizadas manobras mais invasivas e de maior risco à vida (BRASIL, 2017).

Dentre os três níveis de complexidade de atendimento no SUS, a Atenção Básica à Saúde possui uma abordagem mais específica no estudo em questão, fazendo-se necessário uma melhor explanação de sua finalidade.

Por possuir a característica primordial de atendimento inicial, são objetivos da atenção primária a orientação sobre prevenção de doenças, solução de possíveis casos de agravo e direcionamento dos eventos mais graves para níveis superiores em complexidade. Portanto, a Atenção Básica à Saúde organiza o fluxo dos serviços da rede de saúde em escala crescente de complexidade. Há ainda diversos programas governamentais relacionados a ela, como por exemplo: Equipes de Consultório de Rua; Programa Melhor em Casa; Programa Brasil Sorridente e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2017).

Contudo, destaca-se entre eles a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS's) (BRASIL, 2017).

Cabe aqui um breve esclarecimento sobre algumas expressões comumente usadas neste estudo. Por se tratar primordialmente sobre os aspectos do primeiro

nível de atenção à saúde, pretende-se esclarecer aqui o uso das expressões Atenção Básica (AB) e Atenção Primária (AP), que no Brasil tomam contornos especiais quando determinados autores de diferentes meios acadêmicos interpretam “básica” como simples, banal e não como fundamental e essencial, enquanto outros interpretam “primário” como rudimentar, elementar e não como primeiro e principal. (MELLO, 2009).

Apesar dos posicionamentos funcionalistas de um lado e progressistas de outro, tais conceitos têm sido utilizados como sinônimos no Brasil, muitas vezes sem perceber o contexto conceitual e ideológico a que estão submetidos (MELLO, 2009).

Assim sendo, o primeiro nível de atenção à saúde será abordado neste estudo, respeitando inclusive documentos oficiais do governo brasileiro que tratam do assunto, como Atenção Básica à Saúde.

2.3 O SUS E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Ao estabelecer como princípio organizacional do Sistema Único de Saúde (SUS) a participação comunitária, a Constituição Federal de 1988 sinalizou a relevância da participação da sociedade na definição de políticas públicas em saúde e conferiu às instâncias populares a fiscalização e controle das ações estatais. Tal atividade, denominada participação comunitária, regula-se pela Lei 8.142/90, que estabelece a criação de Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, nas três esferas governamentais, bem como determina a formação de Colegiados nos serviços de saúde, trazendo para o âmbito da discussão atores sociais que historicamente não estavam incluídos nos processos de definição, decisão e execução das políticas de saúde (BRASIL, 2017).

Os Conselhos de Saúde são órgãos deliberativos que se mostram como espaços participativos na reivindicação, formulação, controle e avaliação das políticas públicas propostas. Já as Conferências de Saúde consistem em fóruns públicos quadrienais realizadas em etapas locais, estaduais e nacional com a participação de segmentos representativo da sociedade para avaliar e propor diretrizes na formulação das políticas públicas. Juntamente com a gestão desses campos de ação social no interesse da participação coletiva, procura-se a criação de uma rede de informação e comunicação eficientes com o cidadão sobre esses espaços de participação (BRASIL, 2017).

2.4 O SUS NO ATUAL CENÁRIO DA SAÚDE

O SUS, uma das expressões sociais da transição democrática no Brasil, é constantemente bem avaliado e tal análise favorável ao longo do tempo foi incorporada por instituições como o Banco Mundial e entidades representativas de empresas de saúde no Brasil. A atenção básica, financiada com recursos públicos, cresceu exponencialmente, por sua vez, os setores privado e filantrópico assistenciais também se expandiram, intencionando impor padrões para uso de fundos públicos que embora não imponham obstáculos à determinadas políticas públicas de ampliação ao acesso, impedem a efetivação daquele SUS constitucional. O SUS cresceu, mas não é único nem universal (BAHIA, 2018).

No setor público, a extensa e capilarizada rede de atenção básica, os programas de acesso a medicamentos, a ampla rede de hospitais municipais, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA's), os centros de atenção psicossociais, entre outras estratégias assistenciais universais, foram sendo implementados no decorrer dos últimos trinta anos, pois não existiam logo no início do SUS. Coadunado a isso, a fisionomia do setor privado também foi alterada juntamente com o setor filantrópico.

Dessa forma, o público, o privado e o filantrópico contemporâneos conservam traços originais, mas não são os mesmos de 1988. A atenção primária trouxe consigo agentes sociais, organizações, agendas e tensões. Agentes ligados ao setor privado recomendam que a atenção especializada do SUS seja privada e contratada, já aqueles que atuam na rede pública estão engajados na defesa da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), contra as Organizações Sociais (OS), e propõem que tais serviços sejam públicos. Tais fatos evidenciam que as políticas para a saúde não são geradas apenas nas entranhas da pasta específica da área afim, pois, uma pequena abertura do foco institucional e político contribui para evidenciar o enraizamento das políticas favoráveis e contrárias ao SUS em diversas instâncias de articulação de demandas e agendas (BAHIA, 2018).

Forças políticas e empresariais do setor de assistência à saúde, sem apoio de movimentos sociais, oferecem a ampliação de seus mercados como projeto para o sistema de saúde, na prática, um impiedoso modelo de segregação social. Contudo, a população e as parcelas organizadas da sociedade não parecem dispostas a

aceitar a subtração de direitos sociais. Analogamente, nada indica que o SUS poderá ser descartado ou que exista apoio popular ao empresariamento da saúde. No entanto, paradoxalmente nesse mesmo contexto, cristalizaram-se visões negativas sobre a ineficiência, a má gerência de recursos, o descaso e a despersonalização do atendimento. Mesmo assim, ao longo dos últimos trinta anos, foi consolidada a ideia de que a resposta para os problemas de saúde no Brasil ainda é o SUS (BAHIA, 2018).

3 REFERENCIAL TEÓRICO

No sopeso de analisar os diferentes aspectos do objeto de estudo, acolheu-se como referencial teórico as representações sociais na perspectiva sócio antropológica de Bourdieu, que busca os significados das representações da sociedade, mediante um conjunto de explicações, crenças, ideias e ideais a partir de conjunturas sociais, políticas e culturais compreendidas e interpretadas do cotidiano real, sendo esse conjunto de percepções demonstrativo de como um indivíduo se comporta diante desse contexto.

Para Minayo (2010), a Representação Social é uma expressão filosófica que tem como significado a reprodução de uma percepção mantida na lembrança ou no pensamento.

Assim, partindo da aproximação ao pensamento de Pierre Bourdieu e de sua definição de representação social, o entendimento das oportunidades reais advindas das conjunturas impostas pela intransigente lógica das forças simbólicas e suas relações define o conjunto de aspirações de determinado indivíduo, pois a internalização do social leva à compreensão do eu social, determinando sua posição no tradicional e irreduzível modelo de estratificação da sociedade, o que o autor denomina como “*habitus*”.

A internalização do social pode se tornar mais compreensível quando a consideramos como o entendimento do jogo social (“*Illusio*”) pelo indivíduo e, portanto, quanto mais adaptado a este jogo ele estiver (ou se tornar), mais e melhores condições terá de se manter nele, pois se utilizará desta competência, inata ou adquirida, para adequar-se socialmente, posicionar-se culturalmente, estabelecer-se politicamente e apresentar-se esteticamente diante do campo e fenômeno social que se lhe aventar, com a intenção clara de consolidar sua posição diante do estrato (e agentes sociais) no qual seu capital simbólico o situa em determinado espaço temporal e campo onde ocorrem as relações sociais (BOURDIEU, 2011).

As estratégias simbólicas, conhecidas e reconhecidas pelo indivíduo, denotam sua compreensão do eu social. Essa dialética estabelecida entre aspirações e realizações, frequentemente levam-no a ajustar seus anseios às oportunidades objetivas e assumir uma condição de conformismo e reconhecimento

de não possibilidade de realização de suas expectativas, tudo isso sutilmente apoiado por uma cumplicidade coletiva que determina juízos de valor sobre o que ele é, tem e almeja (BOURDIEU, 2015).

Ao mencionar o posicionamento do indivíduo diante do coletivo, introduzimos em nosso discurso a questão das relações e representações sociais com grupos.

É importante refletir sobre o fato que Bourdieu refere-se comumente a grupos como campos e Moscovici, autor da Teoria das Representações Sociais, frequentemente faz referência a grupo como formação de indivíduos membros. Assim, na sociologia de Bourdieu, o campo é organizado por princípios estratificados, conforme posições segundo o capital simbólico de seus pertencentes (seja ele cultural, econômico ou outro), supondo sempre conflito em seu interior. Já para Moscovici, os grupos voltam-se para o campo de um objeto que provoca os indivíduos que o formam, supondo igualdade na relação de seus membros ao constituírem um conhecimento consensual, ou seja, o senso comum (LIMA, 2015).

A relação entre espaço social e capital simbólico se faz presente fundamentalmente em três medidas: na distribuição dos indivíduos quanto ao volume do capital simbólico possuído, de acordo com a estrutura desse capital simbólico e conforme a evolução desse capital simbólico no tempo, assim sendo, diferentemente da estratificação puramente econômica, aqui a distinção se dá pelos papéis anunciados e assumidos e não pelas posições sociais dos indivíduos em determinado campo (BOURDIEU, 2011).

Dessa maneira, as relações simbólicas tornam-se poderosas estratégias de dominação através do reconhecimento da universalidade das regras, pois o grupo só reconhece completamente aquele que publicamente expressa seu reconhecimento a ele, sujeitando o eu ao nós, subordinando o interesse pessoal ao geral, promovendo uma unificação através do universal, daí portanto, produzindo um interesse pelo desinteresse, pois, ao reduzir-se qualquer relevância ao todo, passa-se a ter o trato de tudo com impessoalidade, promovendo assim o aparecimento de instituições universais (BOURDIEU, 2011), entre elas, o Estado.

Tais estratégias de dominação possuem um curso histórico próprio, pois com o nascimento da propriedade individual nasce a divisão do trabalho, com a divisão do trabalho nasce a divisão de classes, com a estratificação social nasce o poder político, portanto, o Estado, cuja função é essencialmente manter o domínio de uma

classe sobre outra se apoiando no argumento de impedir que a sociedade, agora dividida, se transforme num estado de permanente anarquia (BOBBIO, 2017).

A ideia de Estado como instrumento de organização social, fundamenta-se no conformismo lógico, moral e consensual dos ditos dominados, pois essa é a condição mesma da dominação que o Estado é passível de exercer a serviço daqueles que podem se apropriar dele. O Estado é uma espécie de ordem pública evidenciada não somente pelas suas estruturas físicas, normalmente expressas pelas “leis suntuárias” em seus prédios e monumentos (BOURDIEU, 2014), mas também nas suas formas inconscientes.

Assim sendo, do ponto de vista dos vários critérios que são adotados para distinguir as formas de dominância instituída pelo Estado, o critério do meio é o mais comumente usado, ou seja, o meio de que se serve o dominante para obter os efeitos desejados de seu poder, inclusive, porque permite uma tipologia ao mesmo tempo simples e iluminadora: a tipologia dos três poderes – econômico, ideológico e político, ou melhor dizendo, da riqueza, do saber e da força (BOBBIO, 2017).

Para explicar essa adesão ao Estado inscrita nas estruturas mentais dos indivíduos, substitui-se o Estado pelos “atos de Estado”. Atos políticos com pretensões de efeitos no mundo social, políticas públicas reconhecidas como legítimas quando nada ou ninguém as questiona pela simples crença na existência de princípios que as fundamenta (BOURDIEU, 2014).

Tal reconhecimento de legitimidade que fundamentam essas crenças reside no fato do Estado situar-se ao lado de invenções organizacionais, tendo entre as mais importantes delas: as comissões.

Comissão é uma forma de organização social que suscita muitas preocupações. O problema público é algo que deve ser tratado oficialmente e, para tanto, carece da nomeação de pessoas reconhecidamente habilitadas e reconhecidamente dignas de administrar tais problemas. As comissões consistem em pôr essas pessoas juntas, de tal modo a fazer coisas que jamais as fariam se assim não estivessem organizadas. Essas pessoas elaboram e legitimam uma nova definição de um problema público, propondo uma inédita maneira de oferecer aos cidadãos notoriamente aquilo que já lhes é de direito. As comissões são as produtoras da visão oficial que se impõe como legítima (BOURDIEU, 2014).

Paradoxalmente, a impessoalidade do universal leva a um processo de concentração de todas as espécies de capital, sendo o Estado o maior detentor

deles, pois, a legitimação através da universalização leva ao monopólio da violência simbólica, isto é, pelo direito de dizer o certo, o verdadeiro, sendo a referência ao universal uma arma por excelência (BOURDIEU, 2011).

Destacando ainda outra contradição do universal, atentando-se para o fato de mesmo utilizando indivíduos estatizados temporariamente para legitimar políticas públicas (atos de Estado) universais, uma autonomização do emprego destas pode ocorrer fundamentalmente quando os indivíduos, responsáveis pela aplicação efetiva desses atos junto ao espaço social verdadeiro, formam esferas autônomas com interesses próprios ou quando tais indivíduos dimensionam um *ethos* condizente com a representação social deles esperada.

Assim como a autonomização por interesses próprios pode ser um traço reafirmador de violência simbólica, a autonomização dimensionada pelos valores, crenças e traços comportamentais que passam a representar um determinado grupo num determinado espaço social, pode ser um fato libertador e fomentador de mudanças sociais, evidenciando o entendimento da problemática social e a intenção de livrar-se dela, de resolvê-la, pois segundo Jean-Paul Sartre (2015), a descoberta pelo conhecimento instaura um vínculo de externalidade com o objeto conhecido (estrutural, organizacional ou metodológico) e, tendo esse objeto uma relação com verdades interiorizadas por valores, quanto mais o conhecimento se desenvolve, mais se atenuam as diferenças entre o objeto conhecido e o objeto cognoscente (aquele que realiza o ato de conhecimento ou incentiva as expectativas).

As mudanças advindas do desenvolvimento desse vínculo entre os objetos citados devem ser atentamente observadas para que não se tornem idealismo, contudo, ainda segundo o autor, quando existe a compreensão inequívoca do objeto cognoscente, o conhecimento transforma radicalmente o objeto conhecido, obrigando o sujeito a não mais agir como ignorante desses conhecimentos agora adquiridos (SARTRE, 2015).

Outra característica da conscientização do objeto conhecido, e este se tornar um compromisso, é que ele suscitará uma denominação que induzirá fatalmente a certas condutas que desenvolverão naquele espaço social necessidade de seus cumprimentos. Assim sendo, a interiorização do exterior, transforma esse sistema exteriorizado em subjetividade, onde seu melhor reconhecimento se dá na sua *práxis*, em resposta a uma situação. Então, o descobrimento da subjetividade se dá

pela diferença entre o que a situação exige (expectativa) e a resposta que posso lhe dar (SARTRE, 2015).

Em vista do exposto, a problemática anteriormente descrita entre oportunidades e aspirações no modelo social estratificado e que são retratadas nas representações sociais dos indivíduos em determinado campo, originando distinções e violência simbólicas, pode ter seus efeitos atenuados quando observadas as circunstâncias aqui por último citadas, por conta de que somente assim sustenta-se um discurso crítico, porém ao mesmo tempo construtivo sobre o tema.

4 CASUÍSTICA E MÉTODO

4.1 NATUREZA DO ESTUDO

Este estudo possui sua fundamentação na abordagem metodológica da pesquisa qualitativa, e busca analisar as vertentes do objeto de estudo adotando como referencial teórico as representações sociais sob a luz da perspectiva sócio antropológica do autor Pierre Bourdieu, que busca os significados das representações da sociedade e seus valores, e para quem o dualismo entre escolhas subjetivas e oportunidades reais, exprime a implacável lógica das distinções simbólicas. De um lado, a internalização do social pelo indivíduo, ou seja, o que a sociedade, através de suas relações simbólicas exige dele; e por outro, a compreensão do “eu” social, portanto, o que este indivíduo pode realmente almejar no irreduzível jogo sócio, econômico e cultural dessas relações.

Assim, o conceito de “*habitus*”, desenvolvido pelo autor supracitado, define a forma como o indivíduo se situa, pensa, age, coloca-se esteticamente, julga e assume posições políticas e morais na sociedade, desenvolvendo, para tanto, estratégias individuais ou coletivas para posicioná-lo e mantê-lo no histórico modelo de estratificação social.

Tendo como princípio a noção de “*habitus*”, entende-se que a produção de bens simbólicos cria valores de legitimação paralelos, minimizando ou anulando aqueles valores que realmente poderiam ser socialmente efetivos.

Dessa forma, crê-se que as proposições de mudanças em políticas sociais para camadas menos privilegiadas da população sempre estarão ligadas a uma visão assistencialista pelos próprios indivíduos diretamente envolvidos nestas situações, tanto os sujeitos alvo das ações, que almejam bens simbólicos semelhantes aos ditados pelas relações sociais simbólicas entre os estratos, quanto os agentes das ações, potenciais fomentadores de tais mudanças, que se tornam sujeitos avaliadores de competências, permitindo serem vistos como “protetores”, enquanto indivíduos temporariamente estatizados, ou seja, delegados de uma função de Estado, ao oferecerem algo que, por princípios legitimados pelo mesmo Estado que os confere tal autoridade, já deveriam estar à disposição desta

população. Por trás dessa estrutura assistencial existe uma relação de força e violência simbólicas.

A ideia de “*habitus*” passa a ser, aqui em particular, uma espécie de parâmetro comportamental comparativo para a análise das observações e respostas obtidas através das questões norteadoras formuladas nas entrevistas semiestruturadas direcionadas aos profissionais objetos do estudo.

Trata-se de estudo descritivo, estratégico para compreender a realidade inserindo-a nos objetivos propostos. Para Minayo (2014), a pesquisa estratégica se baseia nas teorias das ciências sociais focando nos problemas concretos que emergem na sociedade, mesmo não competindo ao pesquisador apontar soluções para os problemas.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo deu-se na cidade de Ribeirão Preto, localizada no nordeste paulista, com uma área total de 652,2 quilômetros quadrados e altitude média de 546,8 metros. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (2013) Ribeirão Preto possui 674.339 habitantes, sendo considerado o oitavo município mais populoso de São Paulo (FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE DE RIBEIRÃO PRETO, 2015).

O setor de saúde do município destaca-se com vários indicadores positivos, entre eles: a redução do coeficiente de mortalidade infantil, a redução do número de óbitos maternos, a redução de internações por causas sensíveis à atenção básica, aumento da cobertura vacinal, aumento na proporção de cura dos casos novos de hanseníase e tuberculose, dentre outros, de nível secundário e terciário que traz o município à terceira colocação no País e à primeira colocação em relação ao Estado, segundo o Índice de Desempenho de Saúde do Ministério da Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2013; PEGORARO, 2017).

A Rede de Atenção à Saúde do SUS do município de Ribeirão Preto está organizada em 05 Distritos de Saúde, compostos por uma unidade funcionando 24 horas para pronto atendimento e Unidades Básicas, em cada Distrito. Totalizando 48 estabelecimentos de Atenção Básica, das quais 05 são Unidades Básicas Distritais de Saúde, 04 destas com funcionamento 24 horas, 14 Unidades de Saúde da Família com um total de 30 Estratégias de Saúde da Família (ESF) e 18 Unidades

Básicas tradicionais com 20 Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

A partir do censo IBGE (2010) foi realizado um redimensionamento das áreas de abrangência das Unidades de Saúde do município, considerando os setores censitários desse órgão, permitindo que cada unidade tivesse conhecimento das características demográficas da sua área de abrangência, dado que subsidia as ações e serviços a serem oferecidos, delimitando o perfil de cada Unidade e Distrito de Saúde (RIBEIRÃO PRETO, 2013; PEGORARO, 2017).

Considerando os Distritos, o Distrito Central possui 97.975 habitantes, Distrito Sul com 85.060 habitantes, Distrito Leste 159.802 habitantes, Distrito Oeste 151.218 habitantes e Distrito Norte com 110.627 habitantes (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Quanto aos gerentes de Unidades, em geral, suas funções possuem correspondência com a descrição do cargo na Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho, que preconiza suas competências em planejar, coordenar e avaliar ações de saúde; definir estratégias para unidades de saúde; administrar recursos financeiros; gerenciar recursos humanos e coordenar interfaces com entidades sociais e profissionais (BRASIL, 2017).

Contudo, em Ribeirão Preto o cargo não possui descritivo no organograma do município, sendo que tais profissionais compõem os quadros do funcionalismo público municipal em outras atividades e são indicados como gerentes de Unidade pelos gestores municipais num dado momento, passando, a partir de então, possuir *status* de comissionado, sendo que a ocorrência dessa oficialização se deu no ano de 1995 e suas atribuições foram definidas pelo decreto nº 407, em 03 de dezembro de 2003 (RIBEIRÃO PRETO, 2003).

Tal situação não é exclusiva do município em questão porquanto as atividades gerenciais na área de saúde sofrem com a falta de descrição mesmo no contexto da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que determina as atribuições e define as estratégias dos profissionais que compõem as equipes que agirão na atenção básica, não se encontram tais caracterizações referentes aos gerentes de UBS e ESF nesse documento oficial.

Diante dessa situação, no nível local, eles são reféns de regulamentações que restringem severamente, no plano formal, sua autonomia. Dentre outras limitações, não contam com orçamento próprio para gerir recursos humanos, contratar, descontratar, realizar negociações salariais ou instalar mecanismos de incentivo ou

sanção condicionados à produção de metas quanti ou qualitativas. O gestor depende da anuência de instâncias de âmbito central. Assim, pode-se afirmar que o sistema continua referendando que os gestores sofram processo de desconcentração, definida como a delegação de responsabilidade sem a equivalente delegação de poder decisório (ANDRÉ; CLAMPONE, 2007).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A população estudada encontra-se distribuída em 23 Unidades Básicas de Saúde e 11 equipes da Estratégia Saúde da Família, perfazendo um total de 34 gerentes das mencionadas unidades e equipes.

Para a composição da amostra, apesar do uso do critério intencional, verificou-se, durante a efetivação das entrevistas, a necessidade de rever a população, pois cinco dos indivíduos de interesse acumulavam a gerência de UBS e ESF, concomitantemente, até a data das entrevistas e uma UBS se encontrava fechada para reforma, sendo que seu gerente havia sido transferido para outra função administrativa nesse período, passando a população então de 34 para 28 gerentes efetivos.

Os critérios de inclusão e exclusão dos indivíduos no estudo se deram quanto a sua prerrogativa de participação ou não na entrevista proposta. Desta forma, dos 28 gerentes possíveis, 14 se propuseram a responder as perguntas, configurando-se na amostra total do estudo e os outros 14 usaram a prerrogativa da negativa de participação, figurando estes no critério de exclusão da pesquisa.

Caracterização dos Gerentes no Estudo			
Nomenclatura	Graduação	Idade	Sexo
(Ger. 1)	Cir. Dentista	52	F
(Ger. 2)	-	50	F
(Ger. 3)	Cir. Dentista	48	F
(Ger. 4)	Cir. Dentista	40	F
(Ger. 5)	Cir. Dentista	55	F
(Ger. 6)	Enfermeiro	46	M
(Ger. 7)	Enfermeiro	55	F
(Ger. 8)	Enfermeiro	50	F
(Ger. 9)	Cir. Dentista	-	F
(Ger. 10)	Enfermeiro	55	F
(Ger. 11)	Cir. Dentista	51	F
(Ger. 12)	Enfermeiro	41	F
(Ger. 13)	Cir. Dentista	48	M
(Ger. 14)	Cir. Dentista	46	F

Quadro 1 – Caracterização dos Gerentes no Estudo (Fonte: própria autoria, 2019)

Fez-se necessário a omissão da graduação de um dos gerentes participantes da pesquisa, onde se procurou respeitar as normas contidas na Resolução nº 466/12, pois o mesmo possuía graduação distinta de todos os outros indivíduos, participantes ou não, o que colocaria em risco o sigilo de sua identidade. Ainda, em outro caso, um dos indivíduos recusou-se a declarar sua idade e fez uso de seu direito a não resposta. Ambas situações não prejudicaram o bom andamento do estudo.

Averiguou-se, após caracterização dos gerentes participantes, a seguinte relação sobre alguns aspectos da atual estruturação do grupo em questão:

- 83% indivíduos do sexo feminino;
- 75% cirurgiões dentistas;
- Idade média de 50 anos.

Constou de todas as entrevistas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que somente a partir de sua assinatura e aceitação, realizaram-se as entrevistas semiestruturadas de forma individual e gravadas em áudio.

4.4 COLETA DOS DADOS

4.4.1 Instrumentos de Coleta

Tratou-se da interlocução com participante da pesquisa por meio de instrumento de coleta de dados constituído de entrevistas com perguntas semiestruturadas mediante roteiro elaborado pelo pesquisador.

Para Minayo (2017) refletindo sobre a própria forma intersubjetiva de atuação do pesquisador em campo na pesquisa e suas possibilidades de entendimento, ressalta que em pesquisas qualitativas, observa-se a intensidade do fenômeno estudado, buscando as singularidades e os significados.

4.4.2 Procedimentos para Coleta de Dados

A coleta de dados por entrevista iniciou-se com formulação de perguntas fechadas para caracterização dos indivíduos pesquisados e, posteriormente, interação através de perguntas abertas, com o objetivo principal que estas fornecessem detalhes relevantes para o entendimento das intenções e anseios

desses indivíduos na realização do seu trabalho e as possibilidades reais do acontecimento destas no campo onde o serviço é prestado.

“A entrevista semiestruturada é definida como aquela que parte de questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa oferecendo em seguida, amplo campo de interrogativa, fruto de novas hipóteses que emergem através das respostas dos informantes” (TRIVINÕS,1993 p.27)

As entrevistas individuais foram conduzidas a partir das questões norteadoras apontadas no Apêndice I, integrante deste estudo, sendo também utilizada a livre observação realizada oportunamente pelo pesquisador durante a realização da interlocução.

A Observação Livre é uma técnica que não significa apenas olhar. De acordo com Trivinõs (1994), observar é um fenômeno social que significa em primeiro lugar, que determinado evento social, simples ou complexo, tenha sido abstratamente separado de seu contexto para que, em sua dimensão singular seja estudado em seus atos, atividades, significados, relações, etc.

A observação possibilitou um contato do pesquisador com o fenômeno em estudo, durante o trabalho de campo, sendo apontado no diário de campo.

Para início do procedimento de coleta dos dados, foi realizado contato telefônico para agendamento das entrevistas em data e horário previamente acordado entre as partes.

Os encontros foram realizados unicamente nas estruturas das Unidades Básicas de Saúde e Estratégia Saúde da Família com tempo médio de execução de 40 minutos.

As entrevistas foram individuais, em sequência aleatória, qualificadas como (Ger. 1); (Ger. 2); ... conforme sua realização e obtidas através de gravações de áudio entre o pesquisador e os gerentes onde, para tal, foi utilizado equipamento digital marca Sony – modelo ICD-PX240.

Além da rigidez de perguntas norteadoras da pesquisa, previamente organizadas e elaboradas para obtenção de informações relevantes para o caminhar coerente da pesquisa juntamente com os objetivos nela expostos, procedeu-se também diálogos livres entre o entrevistado e o pesquisador, que passou a ser nesse momento, um observador participante da pesquisa, porém sem nenhum roteiro prévio para este momento determinado.

Após a coleta dos dados procedeu-se a transcrição das entrevistas, realizadas manualmente, ou seja, sem a ajuda de *softwares* de transcrição, onde para cada 15 (quinze) minutos de gravação estimou-se o tempo de aproximadamente 2 (duas) horas de transcrição manual. Dando continuidade na obtenção dos dados para análise, além da reiterada necessidade de revisão no momento de decodificação das entrevistas, procedeu-se exaustiva leitura para compreensão do texto obtido para análise.

Apurou-se que o tempo total para coleta de dados foi de quatro meses, transcorrendo-se de maio à setembro de 2018.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Diante das várias alternativas no trato da análise dos dados, e por se tratar de um estudo com base nas representações sociais e toda a complexidade que tal escolha traz a este contexto, buscou-se uma interação complementar entre diferentes metodologias para se chegar a um resultado fidedigno, correspondente com as altas expectativas que a pesquisa proclama.

Assim sendo, resolveu-se iniciar tais análises partindo dos princípios teóricos do núcleo central das representações sociais, proposta por Jean-Claude Abric, defendendo que o levantamento do núcleo central é importante para conhecer o próprio objeto da representação, ou seja, para saber o que afinal está sendo representado, pois esse é determinado de uma parte pela natureza do objeto representado e de outra parte pela relação que o sujeito - ou o grupo - mantém com esse objeto (SÁ, 1996).

Dispôs-se conjuntamente utilizar a hermenêutico-dialética como metodologia adicional e integrativa para análise dos dados, primeiramente procurando interpretar o contexto sócio, político, histórico e cultural do meio onde o grupo se encontra para, em seguida, realizar a análise do material empírico.

Na prática, a proposta de utilização da hermenêutica-dialética como uma técnica para análise de dados se mostrou minimamente mecanicista, ou seja, facilmente organizável e classificável e enormemente reflexiva, reproduzindo verdadeiramente todo o potencial do discurso dos indivíduos pesquisados, pois, de um lado a hermenêutica protege o pesquisador do foco excessivo na pessoa do entrevistado porque ela busca essencialmente o sentido no discurso deste e, mesmo

ocorrendo uma autocensura na palavra dita, os sentidos desta transcendem tal intenção. Por outro lado, a dialética preserva o pesquisador de qualquer crítica ideológica presente no discurso porque procura o contraditório em sua fala, o que efetivamente acontece no decorrer da exposição das ideias do indivíduo pesquisado.

Resumidamente, a hermenêutica anseia pela identidade do indivíduo e a dialética a contradição nele (CARDOSO, 2013).

Minayo (2010) propõe 03 fases para o estudo, aqui resumidas em: (a) ordenação dos dados (transcrição, releitura e organização dos relatos e observação), (b) classificação dos dados (leitura horizontal e transversal dos dados e promoção de ensaios de categorização empírica para o alcance de uma unificação lógica de ideias) e (c) análise final (estabelecimento de um diálogo entre as categorias empíricas e teóricas num movimento circular entre uma e outra).

Assim sendo, o esquema para análise aqui proposto fez uma apropriação e consequente releitura de técnicas de análise qualitativa em estudos sobre representações sociais propostos por Oliveira; Siqueira e Alvarenga (1997), com procedimentos próprios adaptados ao contexto desse estudo, possuindo um desenho metodológico ora resumidamente descrito.

Agrupou-se inicialmente o conteúdo das falas dos gerentes entrevistados para ordenação dos dados e uma primeira leitura individual destas.

Posteriormente, se estabeleceu a formação dos Núcleos Organizadores de Discurso, representados pelas perguntas do instrumento de coletas de dados da pesquisa.

Na sequência obteve-se a Formação das Categorias, que reuniram a análise comparativa das respostas dadas pelos gerentes à pergunta formadora do Núcleo Organizador de Discurso (nesse trabalho ordenados de 1 a 5), averiguando semelhanças e implicações em suas falas, buscando elementos comuns em seus discursos, motivados pelas suas representações.

À partir de então, passou-se às Definições das Categorias (Unidades de Sentidos) que configuram a decomposição máxima dos elementos das representações que agora formam enunciados que caracterizam uma opinião não mais individual, mas sim do grupo em questão.

Chegou-se finalmente na Análise Hermenêutica-Dialética que buscou, por um lado, os sentidos em suas percepções e, por outro lado, as contradições nestas.

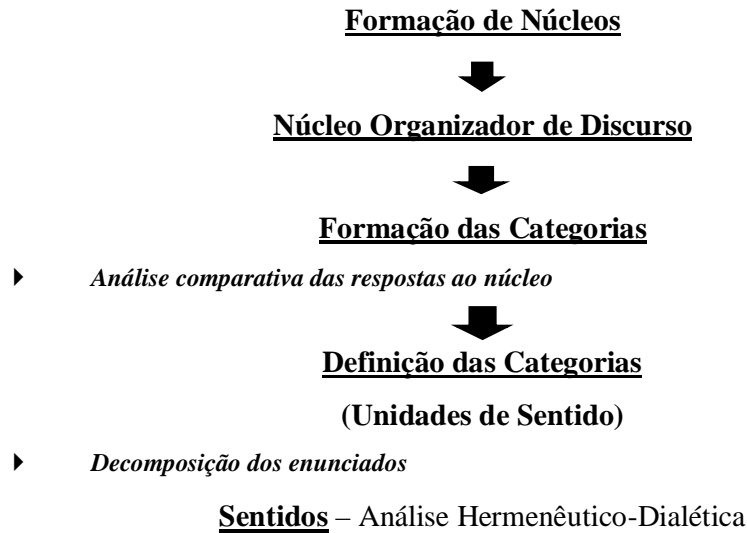


Figura 2 – Fluxo da Análise de Dados (Fonte: Própria autoria, 2019)

4.6 ANÁLISE DE RISCO E BENEFÍCIOS PARA A POPULAÇÃO ESTUDADA

Os riscos na coleta de dados que se deram nas entrevistas junto aos gerentes das Unidades Básicas de Saúde e equipes da Estratégia Saúde da Família, envolveram risco mínimo de acordo com a Legislação Brasileira em relação à Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, pois seus métodos de pesquisa não utilizam de nenhuma intervenção ou modificação intencional nas variáveis fisiológicas, psicológicas ou sociais desses que participarão do estudo.

As possíveis exposições das informações, de imagem, de informações pessoais, ato de responder a uma questão específica ou ser abordado em uma entrevista possuem alguns riscos aos sujeitos, uma vez que poderão causar constrangimentos. Os riscos deste estudo são inerentes aos projetos dessa natureza, mas se realizados com a observância das normas preconizadas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, obedecendo às normas de Biossegurança e guardando o sigilo ético, pode-se afirmar que os riscos são ínfimos.

Os benefícios da pesquisa na entrevista semiestruturada, é que esta faz permissões mais amplas de acesso junto aos pesquisadores, tais como pensamentos e intenções, observando-se aspectos não verbais, e toda uma gama de gestos e expressões, que melhor qualificam as respostas, cuja captação é muito

importante para a compreensão e a validação do que foi relatado e fará parte do estudo realizado. Os benefícios esperados com o desenvolvimento desta pesquisa constituem uma importante contribuição ao conhecimento e análise sobre eficiência no desempenho, demandas e ações realizadas, sob a ótica de gerentes das UBS's e ESF's do município de Ribeirão Preto - São Paulo, trazendo uma série de dados importantes na consecução de um entendimento mais ampliado das práticas realizadas, dando luz a melhor eficiência dos serviços de saúde.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA COM SERES HUMANOS

A pesquisa foi registrada na Plataforma Brasil <http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil> com submissão ao Comitê de Ética em pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), sendo aprovado com o nº CAAE 79188417.4.0000.5498, conforme documentos no Apêndice III e Anexo B integrantes deste estudo. Também submetida à Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa (CAPP) da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto/SP, formalizando a ciência de sua aprovação o documento de nº OF.3008/2017 – CAPP, segundo disposto no estudo como Apêndice IV e Anexo A respectivamente.

A abordagem dos indivíduos para coleta de amostras que fizeram parte do desenvolvimento do projeto foi pautada nas normas contidas na Resolução nº 466/12 “Sobre pesquisa envolvendo seres humanos”. Foi garantido aos participantes informações em linguagem clara e acessível, sobre os objetivos e procedimentos adotados no projeto, bem com informados sobre o sigilo e a possibilidade de desistir da pesquisa em qualquer momento.

Para formalizar a aceitação voluntária em participar da pesquisa foi pedido ao participante que lesse o documento impresso, e após concordância, assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início de qualquer tratativa inerente ao trabalho.

4.8 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA

Todos os participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa, ficando livres para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento e por qualquer motivo alegado. A sua participação foi voluntária e

a recusa em participar não acarretou qualquer penalidade. O pesquisador tratou a identidade dos participantes com os padrões de sigilo exigidos na pesquisa com seres humanos, não podendo estes serem identificados em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia do consentimento foi fornecida ao participante e foi garantido a ele o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Mediante a pesquisa realizada, foram apontadas sete categorias relativas às representações sociais na perspectiva sócio-antropológica de Bourdieu sobre efetividade dos serviços dos gerentes da Atenção Básica à Saúde, emergindo da formação dessas categorias definições que aqui preconizou-se chamar de unidades de sentido dos gerentes pesquisados.

A primeira categoria definida foi denominada COMPROMISSO e diz respeito ao primeiro núcleo organizador do discurso dos gerentes, núcleo este originário da análise às respostas dos mesmos ao questionário norteador utilizado nas entrevistas, aqui designado como: **Avaliação sobre ascensão ao cargo.**

Em coerência com as análises realizadas no estudo em questão, percebeu-se a existência de uma condicionante principal, promotora fundamental das representações sociais dos gerentes pesquisados, como por exemplo, a percepção (ou conflito de competências) destes sobre a inexistência meritocrática de sua posição profissional, pois os próprios indivíduos concebem, em seus sentidos, que a atual estruturação de seu cargo é pautada tão somente na burocracia de um sistema paternalista e que se mantém ativo devido às relações de proximidade e amizade com superiores e/ou interesses políticos, como se especifica em suas falas a seguir:

- *É ... através de um convite do secretário da saúde na época... (Ger. 2);*

- *Eu trabalhava lá no pronto atendimento aqui da secretaria municipal, no pronto socorro central, e eles estavam é ... retirando os funcionários contratados da secretaria para serem realocados porque lá ia ficar um contrato de gestão, um pessoal do contrato de gestão de um Hospital, e antes que começassem a tirar as pessoas eles me chamaram na secretaria e me ofereceram se eu gostaria de fazer esse cargo de gerência. É ... eu nunca tinha trabalhado com ... com gerência aqui na ... com essa função na secretaria e aí eles falaram que ... é ... pelo meu perfil de trabalho, eles acharam que eu seria uma pessoa indicada pra tá assumindo aqui a gerência. Eu, no momento que eles falaram, eu jamais pensei que fosse essa possibilidade, então deu frio na barriga, perguntei várias ... vocês tem certeza que eu vou ser capaz, então assim, fiquei de pensar né, porque eu tinha outro vínculo empregatício, daí é ... pensei, ponderei né, e eu já tinha feito um curso de especialização em saúde da família e daí achei que devia aceitar o desafio né. Então eu sei assim, que eu ia ter que me preparar de alguma forma, então tô aqui faz dois meses e ... acho que ... vi que são muitos, muitos assuntos que eu vou ter que me preparar bastante pra isso. Mas foi a convite mesmo do pessoal da secretaria. (Ger. 10).*

Nota-se em suas respostas, por vezes lacônicas, por vezes prolixas para expressar tal entendimento, conceitos encarados em suas representações como identidades que se impõem aos indivíduos do grupo, de modo que essa orientação consensual cria uma pressão social nesse campo que tende a manter uma contradição conflituosa entre suas aspirações e a realidade cotidiana, porém, mesmo diante de penoso embate, apelar para justificativas fundamentadas pela situação vigente torna-se a solução mais provável, como insistentemente presente em seus discursos:

- *Através de convite. É um cargo de confiança da ... da ... diretora do departamento de atenção à saúde das pessoas. (Ger. 7).*
- *Bom ... é ... a primeira vez eu fui convidada né, pelo secretário, acho que pelo trabalho que a gente desenvolve e tudo, porque esse é um cargo de confiança né, e ... acho que a pessoa tem que ter confiança, quem tá contratando né, precisa ter a confiança no indivíduo (Ger. 1).*

Diante do exposto, verifica-se que tais declarações convergem com o referencial teórico do estudo, quando relata que:

Ao enunciar, com autoridade, que um ser, coisa ou pessoa, existe em verdade (veredito) em sua definição social legítima, isto é, é o que está autorizado a ser, o que tem direito a ser, o ser social que ele tem o direito de reivindicar, de professar, de exercer (por oposição ao exercício ilegal), o Estado exerce um verdadeiro poder criador, quase divino (BOURDIEU, 2011, p. 114).

E ainda:

A homogeneidade das disposições associadas a uma posição e seu ajuste, aparentemente miraculoso, às exigências inscritas na posição, são o produto, por um lado dos mecanismos que fornecem a orientação para a posição aos indivíduos ajustados de antemão, seja por se sentirem feitos para determinados cargos como se estes tivessem sido feitos para eles, ... seja por aparecerem como tais aos ocupantes desses cargos, e, por outro, da dialética que se estabelece no decorrer de uma vida, entre as disposições e as posições, entre as aspirações e as realizações, que leva os agentes a ajustarem suas aspirações a suas possibilidades objetivas, conduzindo-os assim a desposarem sua condição, a tornarem-se o que são, a contentarem-se com o que têm, inclusive, mediante o empenho em se enganarem em relação ao que são e têm... (BOURDIEU, 2015, p. 104).

Os resultados acerca das representações dos gerentes em questão demonstram uma disposição que possui sua origem no equívoco de sua designação para um cargo que sequer possui funções definidas em um programa de nível nacional ou mesmo no organograma do município onde o estudo foi realizado, o que certamente compromete a exigência de qualquer pré requisito para sua ocupação, salvo o fato de ser servidor público de nível superior da saúde, promovendo direta ou indiretamente um compromisso político seja com o grupo gestor da ocasião, seja com as políticas públicas priorizadas por este grupo ou com as diretrizes gerenciais ali adotadas.

Desse modo, essa situação resulta inexoravelmente na completa perda da autonomia do indivíduo ocupante do cargo, pois como não há claro entendimento das atribuições e somando-se a isso a exigência oculta de um pacto solidário com as regras verticalmente ditadas, temos então um profissional na delicada posição de intermediação de embates provocados por pelo menos três fatores:

1 – Conflitos oriundos de sua situação hierárquica, como no exemplo seguinte:

- Eu acho que essa questão política ainda é complicado né, eu acho que mudou um pouco mas ainda é complicado, a gente não tem autonomia ... eu não tenho autonomia de fazer um monte de coisa, de tirar e de pôr profissional, de reformar e tal e a população me cobra diretamente, sou eu que estou aqui, eles que me conhecem... (Ger. 2);

- Então hoje eu vejo que se a gente tivesse uma ... um programa de saúde da família bem estruturado, talvez a gente seria muito mais eficiente eu acho, porque é uma população que precisa de vínculo ... mas “eles” dizem que não conseguem, não compensa. Então quando a gente conversa sobre saúde da família a gente pensa assim que a gente precisaria manter essa Unidade Básica de Saúde e ter a equipe de saúde da família trabalhando junto às comunidades, mas isso é inviável né, ninguém vai colocar, vai manter acredito um CSE e mais cinco equipes de saúde da família, não acredito. (Ger. 4);

- Aí é ... é como eu tô falando pra você, normalmente o gerente ele é a ponte entre a unidade básica e a secretaria. Então todos os setores de uma unidade que tem alguma dificuldade, que tem alguma solicitação ... é o gerente que leva pra secretaria e traz alguma devolutiva. (Ger. 11).

Em correspondência com as observações verificadas, essa conjuntura evidencia que as competências de um cargo gerencial são indispensáveis, porém aqui, jamais serão praticadas realmente, porquanto o poder decisório obrigatoriamente deve emanar intransigentemente de uma instância superior.

Pondera-se, por conseguinte, a seguinte narrativa:

Podemos, portanto, tomar como lei antropológica universal que há lucro (simbólico e, às vezes, material) em submeter-se ao universal, à regra oficial. Dito de outro modo, o reconhecimento universalmente concedido à regra oficial faz com que o respeito, ainda que formal ou fictício, à regra, assegure lucros de regularidade (é sempre mais fácil e mais confortável estar de acordo com a regra) ou de regularização (como, às vezes, diz o realismo burocrático que fala, por exemplo, em “regularizar a situação”). ... Não podemos ignorar o fato de que os servidores do Estado servem seus interesses particulares sob a aparência de servir o universal, porque admitimos tacitamente que a burocracia pode, como pretende, servir o universal e que os critérios e as críticas da razão e da moral podem, portanto, ser legitimamente aplicados a ele (BOURDIEU, 2011, p. 219-220).

2- Conflitos demandados pelos usuários da atenção básica, como segue:

- ... a gente tem muitas demandas, então assim, parece que quanto mais a gente atende essas demandas elas voltam mais. (Ger. 8);
- ... eu acho que a gente tinha um serviço de saúde mais eficiente e que ... e a população os usuário estão aumentando muito e eu acho que ele tá deixando de ser tão eficiente eu acho que tá mais moroso atualmente. (Ger. 2);
- Porque é uma coisa que a gente observa também, nós temos uma demanda grande, mas por outro lado tem uma falta grande também. ... eu tô fazendo uma análise mas é mais ou menos, a média é 30% de faltas. (Ger. 8);
- Uma outra coisa que a gente tem também que acho que é relacionada à demanda, por outro lado a gente tem ainda um índice de faltas alto. Então, na parte médica as vezes dá 30%, 27%, 33% já teve na pediatria até um índice de 50%. (Ger. 14).

Observa-se, na prática cotidiana, que as representações sociais atuam como orientadoras das ações sociais dos indivíduos participantes do grupo em questão. Porém, a natureza de suas escolhas, mesmo quando levada em consideração a tomada de decisões diante de fenômenos aos quais o grupo é confrontado e comportamentalmente guiado, deveriam ser norteadoras de escolhas, no campo onde empreendem seus esforços profissionais, minimamente pautadas em conhecimentos gerenciais fundamentais, considerados imprescindíveis para a atuação de um profissional nessa função. Contudo, devido a crença descontextualizada de possuir experiência administrativa prática para a função, uma abundante miscelânea de atividades improvisadas são realizadas e erroneamente caracterizadas como projetos nascidos de uma estratégia planejada.

Assim, não havendo premissas básicas, o que se verifica efetivamente em suas ações é a reiteração de um modelo de agendamento, atendimento e

encaminhamento dos usuários que estimula o interesse deste em um imediatismo, promotor futuro do absenteísmo no atendimento eletivo, suscitando um paradoxo curioso de produtividade, onde, queixa-se da demora no agendamento pela falta de vagas e, ao mesmo tempo, segundo depoimentos dos próprios gerentes estudados, verifica-se ociosidade da mesma agenda que apura cerca de 35% de faltas no atendimento. O ciclo vicioso se fecha quando essas vagas faltosas são oferecidas aos usuários chamados eventuais que procuram o já citado atendimento imediato na atenção básica.

3 – Conflitos resultantes dos interesses da equipe prestadora dos serviços sob sua gestão que, diante da estrutura estatutária de trabalho, apega-se demasiadamente às normas vigentes, principalmente quando destinatários das benesses de suas conveniências:

- Então eu acho que assim, o horário poderia ser um pouquinho ampliado, mesmo no modelo de saúde da família, porque daí poderia encontrar essas pessoas em casa, porque a gente não encontra e nunca vai encontrar. (Ger. 14).

Dessa forma, percebe-se através desse exemplo paradoxal que a resposta é constitutiva do próprio problema, portanto, o melhor indivíduo para ocupar determinada posição em um dado fenômeno e campo social é aquele que se identifica com as ações e resultados promovidos naquele contexto.

Assim, argumenta-se que:

Entre os agentes e o mundo social há uma relação de cumplicidade infraconsciente, infralinguística: os agentes utilizam constantemente em sua prática teses que não são colocadas como tais. Uma conduta humana tem sempre como objetivo, como finalidade, o resultado que é o fim, no sentido de termo, dessa conduta? Acho que não. Então, que relação bizarra é essa, com o mundo social ou natural, na qual os agentes visam certos fins sem coloca-los como tais? Os agentes sociais que têm o sentido do jogo, que incorporam uma cadeia de esquemas práticos de percepção e de apreciação que funcionam, seja como instrumentos de construção da realidade, seja como princípios de visão e divisão do universo no qual eles se movem, não têm necessidade de colocar como fins os objetivos de sua prática. Eles não são como sujeitos diante de um objeto (ou, menos ainda, diante de um problema) que será constituído como tal por um ato intelectual de conhecimento; eles estão, como se diz, envolvidos em seus afazeres (que bem poderíamos escrever como seus a fazeres): eles estão presentes no por vir, no a fazer, no afazer (pragma em grego), correlato imediato da prática (práxis) que não é posto como

objeto do pensar, como possível visado em um projeto, mas inscrito no presente do jogo (BOURDIEU, 2011, p. 143).

Observa-se pelas ponderações anteriores, a definição de outras três categorias designadas por três palavras em seus sentidos, quais sejam: AUTONOMIA, GERENCIAMENTO e DEMANDA, que se inter-relacionam no entendimento ao segundo núcleo organizador do discurso, de nome: **Interpretação pessoal sobre eficiência, demandas e ações dos serviços da Atenção Básica**, pois, a falta de autonomia conduz a inabilidade gerencial (e/ou vice versa) que tem como consequência o descontrole sobre as demandas exigidas pelo serviço.

Tal descompasso gera grande dificuldade na promoção de uma agenda produtiva e fomenta o surgimento dos atendimentos eventuais, como relatam os gerentes:

- *A gente tem a classificação de risco pro acolhimento, eu tenho na agenda vagas garantidas pra isso. (Ger. 12);*
- *Agora o que eu percebo é que a população ela tem uma expectativa muito assim de ... pronto atendimento. Então assim, então a gente percebe que essa população ela quer o atendimento imediato, então às vezes não quer esperar e tudo mais. (Ger. 8);*
- *Porque, o que que acontece, é ... não só existe o encaixe nessas vagas de acolhimento, que eu libero toda semana, essa vagas são bloqueadas e eu libero elas toda semana. (Ger. 1);*
- *... a gente já agenda, já tenta marcar mais próximo, porque tem essas vagas criadas para o acolhimento. (Ger. 14).*

Verifica-se que usuários que passam a ser admitidos no atendimento primário através de uma classificação de risco nos moldes de um pronto atendimento, descaracterizam o tipo de atendimento idealizado para a atenção básica, incrementando além da busca eventual ao serviço também o absenteísmo nas consultas eletivas, distorcendo a mensuração dos processos, prejudicando a avaliação de agendas e mascarando o conhecimento real das necessidades demandadas.

Acrescenta-se agora, ao todo já exposto, uma compreensão inexata, normativa e pouco discutida sobre os princípios básicos que regem o sistema.

Surge neste momento a definição de outra categoria determinada como PRINCÍPIOS/NORMAS, estruturada a partir de um terceiro núcleo organizador denominado: **Concepção sobre o público a que se direcionam os serviços da Atenção Básica**, como se vê em seus depoimentos:

- *Todo mundo aqui, que chegar aqui, pode utilizar o sistema ... toda população, de qualquer nível social, procurou o SUS, tá usando. (Ger. 5);*
- *Você quer saber pra quem o SUS funciona agora? Pra todos, eu acho que pra todos. (Ger. 3);*
- *A gente também é universal, um sistema universal e assim, aqui a gente vê muito disso né, porque como tem muitos convênios então a maioria, a grande maioria tem convênio ... e eles têm conhecimento das coisas né, então vai atrás né, as vezes conhece alguém, que a pessoa informa ainda melhor, então eles vem sabendo muito bem ... (Ger. 1);*
- *Então, o sistema público é universal, tem a universalidade ... (Ger. 7);*
- *Na verdade à todo público, hoje é ... o SUS é universal ... É existe a universalidade e a equidade como eu te falei. (Ger. 11);*
- *Eu acredito que a gente consiga, dentro dos princípios do SUS, atingir o maior público, dentro das nossas possibilidades, daquilo que a gente se propõe. (Ger. 12);*
- *O serviço, ele é universal né, então qualquer pessoa pode ... desde que tenha um documento ele pode ser atendido. (Ger. 13).*

Como ponto de partida para tal conjectura, expõe-se o seguinte raciocínio:

... Desenvolvi um pouco pra que vocês compreendam uma coisa que eu gostaria de comunicar, esse esforço que se tem de fazer para recusar a dicotomia entre proposições teóricas e proposições empíricas se de fato quisermos avançar a reflexão sobre esses problemas, pois tudo o que eles pedem é para ser pensados teoricamente já que existem por efeitos de teoria. (...) a adoção de uma política de ajuda à pessoa, é na verdade uma operação simbólica extremamente complexa de oficialização, que consiste em teatralizar uma ação política de criação de regras de ação imperativas impondo-se à totalidade de uma sociedade, em teatralizar a produção desse tipo de ordem capaz de confirmar e produzir a ordem social de tal maneira que ela pareça apoiada no oficial da sociedade considerada, portanto no universal sobre o qual o conjunto de agentes é obrigado a ficar de acordo; e fazê-lo com sucesso (BOURDIEU, 2014, p. 63-64).

Isto posto, princípios jamais devem ser entendidos como normas, pois estas últimas são regras a se cumprir (ou não, quando se dispõe às consequências de seu descumprimento), enquanto, por outro lado, princípios são os valores por meio dos quais busca-se a melhor forma para cumprimento das normas ditas.

Quando princípios são normativamente interpretados, perdem sua razão integradora e passam a ser uma perfeita ferramenta distintiva, pois orientam ações que criam obstáculos de difícil transposição na prática social, principalmente quando

o apoio oficial parte daqueles que obrigatoriamente poderiam e deveriam promover a discussão sobre o assunto.

E assim complementando:

O trabalho simbólico consiste em, simultaneamente, colocar-se em forma e exibir as formas. O que o grupo exige é que exibamos as formas, que honremos a humanidade dos outros, atestando a nossa própria, afirmando nosso “ponto de honra espiritualista”. Não existe sociedade que deixe de honrar aqueles que a honram aparentando recusar a lei do interesse egoísta. O que se exige não é que façamos inteiramente o que é necessário, mas sim que, pelo menos, mostremos sinais de que nos esforçamos por fazê-lo. Não se espera dos agentes sociais que eles se conformem perfeitamente, mas sim que eles ajam em conformidade, que mostrem sinais visíveis de que, se pudessem, respeitariam as regras (é assim que entendo a máxima “a hipocrisia é uma homenagem que o vício presta à virtude”). Os eufemismos práticos são uma espécie de homenagem que prestamos à ordem social e aos valores que a ordem social celebra, mesmo sabendo que ela está destinada a ser ridicularizada (BOURDIEU, 2011, p.165).

Tem-se, a partir daqui, um quarto núcleo que se propõe como organizador de discurso chamado: **Entendimento sobre quais estruturas e tipos de atendimentos suprem as necessidades do público alvo dos serviços**, o que define a categoria MODELO DE ATENDIMENTO, CADEIA DE VALOR E ORIENTAÇÃO/JUSTIFICAÇÃO, aparecendo assim dividida, porém possuindo um só sentido desencadeador para a análise das falas que seguem:

- ... então, eu acho que a mentalidade, que o público, também as pessoas que vem, eles não sabem muito utilizar os serviços porque eles estão muito ligados ainda no atendimento médico, né, então assim, e gente oferece um monte de serviços mas se ele não passou pelo médico ele sai daqui reclamando que ele não foi atendido ... (Ger. 2);
- Tem, aliás todo mundo chega com isso, eu preciso do médico hoje. E tem mais um perfil, eu preciso do médico. (Ger. 12);
- Só que por outro lado, a população tem a cultura de que vai passar com o médico, então, se não tem o atendimento médico eles ficam reclamando que eu não consigo, que eu não marco. (Ger. 14);
- A gente trava um pouco em questão ... como é que eu vou te explicar ... de ... que eu acho que ainda tá melhorando ... talvez encaminhamento. (Ger. 3);
- Aí, por outro lado, nós também temos uma dificuldade no serviço de encaminhamento pra especialidades, tem algumas especialidades que demoram né, pra ser agendado o paciente, o paciente, às vezes, tem que ficar reavaliando ... sendo reavaliado na atenção básica. (Ger. 6).

Os relatos aqui elencados atuam como ratificadores da inversão na lógica primordial da Atenção Básica para um modelo biomédico, centralizado no profissional de medicina e que diverge da proposição preventiva, acolhedora e multiprofissional desta, pois como administrativamente proposto na atualidade, promove a fragmentação dos atendimentos que são realizados em etapas distintas e desconexas que não trazem a menor percepção, tanto por parte do usuário quanto do prestador, de pertencimento a uma cadeia de valores que tem como fim a resolutividade preconizada pelo sistema.

Soma-se a isso relatos que reafirmam ações que se tornam condicionantes da total desvinculação do usuário da atenção básica do sistema na condução, opinião e escolhas sobre si e sua saúde, como se observa:

- *Ela não entende muito como que funciona. Ela entende que assim, ela não tá bem, ela vai na unidade de saúde e a unidade tem que dar conta de dar o atendimento pra ela, seja marcar a consulta que ela quer, aquilo que ela precisa e na hora que ela quer. (Ger. 14);*
- *... mas eu acho que é muito por conta do que eu tava falando, de entender, de todo mundo entender como funciona, se eles entendessem eles iriam é ... exigir menos. (Ger. 3);*
- *passou no PA e queria hoje, só que na nossa classificação de risco, ele tava classificado como azul, que é uma consulta de quinze a vinte dias, certo. É viável isso? É o que eu tenho a oferecer pra ele, é o que a classificação me respalda e foi o que a gente ofereceu. (Ger. 12);*
- *se a gente julgar por essa classificação que você pode esperar pra ser atendido amanhã eu vou te agendar nessa vaga de amanhã, amanhã você vai tá agendado pra ser atendido ou cinco dias, até cinco dias ... E ele foi atendido, ele foi ouvido pela equipe que sabe qual que é a necessidade dele, são profissionais treinados pra isso então sabem qual a necessidade ... ele quer, ele quer é o querer mas nem todo o querer é poder, então o que a gente pode oferecer, em alguns lugares o que se pode oferecer é o atendimento da enfermeira, que não deixa de ser uma pessoa qualificada. (Ger. 3).*

Mais inquietante ainda é a identificação de uma certa antecipação de atitudes tomada pelo grupo estudado, que usa a vulnerabilidade social, comum à boa parcela de usuários do sistema, como fundamentação e justificativa à prestação dos serviços disponibilizados como suficientes:

- *Por exemplo, a pessoa chega pra fazer uma ... eu quero uma consulta é ... eu nunca passei na unidade e eu quero marcar uma consulta, vou dar o exemplo de uma mulher. Ela mudou pra cá, tá*

passando pelo atendimento a primeira vez, ela faz uma consulta com a enfermeira, é ... que já é acordado com a equipe ali é ... o médico já tem alguns exames que ele já pede, por exemplo, exame de sangue, exame de imagem como ultrassonografia, tudo. Daqui quando essa mulher, se a enfermeira vai e faz essa solicitação, antes da consulta, solicita, quando essa mulher retornar pra fazer o atendimento com a médica, seria a primeira consulta com a médica, ela já tem os resultados de exames, de imagem tudo, então já faz todo o atendimento integrado, global né, não só ver se tem alguma doença, mas a parte ginecológica, então já tenta é ... ganhar tempo com isso, senão você tem uma consulta pra ouvir as queixas com o médico né, e outra consulta pra vir trazer os resultados dos exames. Então é uma tentativa de tirar o foco da ... o médico, o médico, então a gente tenta mudar isso aí ... toda a reunião que a gente tem com o gestor ele fala: Olha nós precisamos fortalecer o atendimento da enfermagem, os enfermeiros e os técnico pra que eles possam é ... resolver o maior número de questões pra não ficar tudo em cima do modelo centralizado em cima do médico. (Ger. 13);

- Com as características da unidade que eu trabalho hoje, por ser uma unidade é ... com uma vulnerabilidade social ... com uma população com uma vulnerabilidade social alta, eu acho que nós somos até eficientes ... Eu trabalho com 100% SUS né, praticamente, a gente trabalha com uma população de favela, então uma população muito dependente, mas eu acho que diante disso, nós somos o que: muito eficientes. (Ger. 4).

Abordando outro aspecto no contexto representado pelos gerentes, observa-se que o desconhecimento mercadológico leva a entendimentos desconexos da realidade atual, aproxima equivocadamente os gerentes entrevistados de uma crítica ideológica quando da compreensão da relação entre sistema público e sub sistema privado de saúde.

Essa idealização é definidora de outra categoria dita: DICOTOMIA PÚBLICO/PRIVADO, parte integrante de novo núcleo organizador representado originalmente pelo questionamento: **Considerações sobre atendimento a indivíduos oriundos de sistemas privados pelo setor público de saúde.**

Observa-se claramente aqui um viés dicotômico entre público e privado, onde o serviço público possui, na opinião dos gerentes pesquisados, amplamente o melhor serviço de acolhimento e atendimento ao cidadão e, apesar do reconhecimento das graves falhas de acesso e gerenciamento dos serviços, estas são amparadas na ideia de serem comuns à ambas estruturas de atendimento em questão, e elencadas no contexto da normalidade dos processos desse mercado, como segue em suas falas:

- ... sinceramente hoje eu tenho problemas eu espero às vezes mais tempo no convênio do que se eu tivesse pela rede pública, então

assim, os médicos que atendem no convênio são os mesmos que atendem a rede pública porque ele só tá com vínculo em outra instituição, então é assim, é o mesmo profissional com os mesmos recursos, talvez em tempos diferentes dependendo da área, mas hoje na rede particular que são os convênios, as dificuldades de atendimentos de agendar especialidades, às vezes, é até pior do que aqui. (Ger. 3);

- Olha, a minha avaliação é o seguinte, eles vão para ser atendidos no serviço privado né, mas quando a coisa complica e a situação é de um ... é ... atendimento que é caro, eles veem para o SUS. ... o serviço privado ele não oferece, não oferece toda a tecnologia que o SUS tem. (Ger. 1);

- Bom assim, tem algumas ... eu acho assim ... tem algumas é ... patologias que a gente sabe que o serviço privado não sabe atender. (Ger. 2);

- Eu posso te falar da experiência que eu tenho por amigos meus. Eu tenho muitos amigos que utilizam o posto de saúde, eles, eles me pedem né: - Oh! Tem como você me arrumar uma consulta lá, lá, lá, né. E assim, aqui todos eles elogiam e eles falam que aqui é melhor que o convênio né. (Ger. 5);

- Então assim, você pensa, tá distante, mas não é um distante absurdo tá, a gente percebe que os convênios estão trabalhando nessa variável de dois, três meses de agenda. (Ger. 12);

- sinceramente hoje eu tenho problemas eu espero às vezes mais tempo no convênio do que se eu tivesse pela rede pública, então assim, os médicos que atendem no convênio são os mesmos que atendem a rede pública porque ele só tá com vínculo em outra instituição, porque é o mesmo cara que tá lá, que trabalha aqui comigo é o mesmo profissional com os mesmos recursos, talvez em tempos diferentes dependendo da área, mas hoje na rede particular que são os convênios, as dificuldades de atendimentos de agendar especialidades, às vezes, é até pior do que aqui. (Ger. 3).

Tal convergência de ideias deixa claro que esses indivíduos possuem um ótica polarizada e entendem que categorias tidas como opositivas não podem constituir um esquema produtivo nesse mercado, e uma troca de experiências confronta posições tomadas historicamente em contraponto com a busca dos valores obtidos através de resultados relevantes no atendimento à população.

Acrescenta-se ao exposto a seguinte consideração:

Portanto, como preâmbulo gostaria de dizer: cuidado, todas as frases que têm como sujeito o Estado são frases teológicas – o que não quer dizer que sejam falsas, na medida em que o Estado é uma entidade teológica, isto é, uma entidade que existe pela crença.

Para escapar à teologia, para poder fazer crítica radical dessa adesão ao ser do Estado, que está inscrita em nossas estruturas mentais, é possível substituir o Estado pelos atos que podemos chamar de atos de “Estado” – pondo “Estado” entre aspas -, isto é, atos políticos com pretensões a ter efeitos no mundo social. Há uma política reconhecida como legítima, quando nada porque ninguém

questiona a possibilidade de fazer de outra maneira, e porque não é questionada. Esses atos políticos legítimos devem sua eficácia à sua legitimidade e à crença na existência do princípio que os fundamenta (BOURDIEU, 2014, p. 39).

6 CONCLUSÃO

Conclui-se, portanto, que as posições manifestadas pelos gerentes, indivíduos pesquisados neste estudo, corroboram a ideia que suas representações sociais, conforme construídas no espaço social onde prestam serviços e são influenciadas pelo modelo sócio, político e cultural presentes nesse campo, possuem bases que estimulam a distinção e violência simbólicas.

Dessa forma, nota-se que os pressupostos dessa pesquisa foram confirmados, na medida que as perspectivas estabelecidas entre as aspirações dos gerentes pesquisados, sejam elas profissionais ou pessoais, e a possibilidade da efetiva realização dessas, os fazem ajustarem seus anseios às oportunidades vislumbradas na realidade social, levando-os a assumir uma condição de conformismo tácito e prático, situação essa sutilmente validada coletivamente pelos entes participantes dessa condição social, que agem na determinação e aquiescência de juízos de valor no campo social onde os fenômenos ocorrem.

Verifica-se que por conta de equívocos na concepção, organização e estruturação de um cargo conceitualmente político e, somando a essa situação, um claro despreparo na assunção do mesmo, tais indivíduos sujeitam-se a subordinar o interesse pessoal ao geral, aceitando reduzir qualquer relevância à um todo pouco inteligível porém facilmente justificável, proporcionando um evidente interesse pelo desinteresse, elegendo a impessoalidade como escolha perfeita ao trato de tudo, pois desta forma, elabora-se, legitima-se e assume-se mais facilmente qualquer proposta hierarquicamente verticalizada, acolhida como aparentemente inédita para se cumprir algo concebido em suas representações como implacavelmente digno, útil, razoável e, de imediato, imutável.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na perseverante insistência de que um discurso crítico somente se justifica quando em seu âmago existe a sincera intenção construtiva de uma nova percepção, tem-se aqui, levando-se em conta a discussão dos resultados do trabalho que se apresenta, a oportunidade da idealização de uma nova forma de se conceber o Gerente de Unidade Básica de Saúde.

Primeiramente demonstrando precisamente sua função na Política Nacional de Atenção Básica, descrevendo claramente suas competências e responsabilidades como feito especificamente com os demais membros componentes das equipes da atenção básica e não como hoje indistintamente descrito como: “Outras atribuições específicas dos profissionais da atenção básica poderão constar de normatização do município e do Distrito Federal, de acordo com as prioridades definidas pela respectiva gestão e as prioridades nacionais e estaduais pactuadas.” (BRASIL, 2002).

Desta forma, sugere-se introduzir e utilizar essa caracterização explícita na PNAB para nortear as normatizações municipais, valendo-se desta para coordenar novas contratações, sejam elas por concurso público com exigências específicas para o cargo ou outro modelo de contratação que vislumbre tal possibilidade na legislação trabalhista atual, com a definição de atribuições, competências e responsabilidades com efetiva desconcentração de decisões, principalmente no que se refere ao grau de autonomia na gestão da unidade e recursos humanos desta, e ainda, o aprimoramento em nível de pós graduação na área de gestão em saúde (*lato* ou *stricto sensu*) para os gerentes que ocupam os cargos atuais e desejam permanecer nele.

Mesmo considerando que a organização do sistema atual depende de pautas nacionais, tais achados propõem um quadro de possibilidades para melhoria do atendimento na atenção primária.

Compreende-se que a verdade da situação vigente não suplanta a da percepção aqui considerada, pois são as novas percepções que determinam quando e como as coisas devem ser modificadas e isso realmente só tem a possibilidade de acontecer quando ocorre a diminuição da distância entre o que está sendo feito e o que deveria ético, moral e socialmente justo acontecer, sendo a ocorrência da

autonomização estimulada por valores de determinada situação no campo social, ou verbalizando com humilde simplicidade, a quebra de paradigma (doença fatal da certeza) a única forma de se fomentar compreensões frescas e viçosas para a atuação efetiva das gerências de Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

ANDRÉ, A. M.; CLAMPONE, M. H. T. Competências para a gestão de Unidades Básicas de Saúde: percepção do gestor. **Revista Escola de Enfermagem USP**. São Paulo, v. 41, p. 835-40, 2007.

BAHIA, A. G. M. F. A Interpretação Jurídica no Estado Democrático de Direito: contribuição a partir da Teoria do Discurso de Jürgen Habermas. In: *Jurisdição e Hermenêutica Constitucional*. **Jurisdição e Hermenêutica Constitucional**. Alexandre Bahia. Belo Horizonte: Mandamentos, 2004. p. 328-329.

BAHIA, L. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, 2018.

BOBBIO, N. **Estado, Governo, Sociedade**: fragmentos de um dicionário político. ed.20, Rio de Janeiro/São Paulo: Paz & Terra, 2017.

BOURDIEU, P. **A Distinção**: crítica social do julgamento. 2. ed. **Rev. Porto Alegre**, Zouk, p. 104-105, 2015.

BOURDIEU, P. **A Economia das Trocas Simbólicas**. 8. ed. São Paulo: Perspectiva, 2015.

BOURDIEU, P. **Razões Práticas**: sobre a teoria das ações. 11. ed. Campinas: Papyrus, 2011.

BOURDIEU, P. **Sobre o Estado**. São Paulo: Companhia das Letras.

BRANDÃO, I. R. **Afetividade e participação na metrópole**: Uma reflexão sobre os dirigentes de ONGs da cidade de Fortaleza. 2008. 220 f. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8080.pdf>. Acesso em 31 ago 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conferência Nacional de Saúde, 8ª, 1986. Relatório Final**. Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PNAB – Política Nacional de Atenção Básica, 2002.** Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab> Acesso em 31 ago 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTAL FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz, 2017.** Disponível em: <https://pensesus.fiocruz.br/atendimento>. Acesso em 16 out 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde, 2012.** Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4512089/mod_resource/content/1/Apostila%20MS%20-%20RAS_curso%20completo-M%C3%B3dulo%20-APS%20nas%20RAS%20-%20Pg%2031-45.pdf. Acesso em 12 de abril de 2019.

BRASIL, Ministério do Trabalho. **Classificação Brasileira de Ocupações, 2017.** Disponível em <http://www.mtecbo.gov.br/cbsite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf>. Acesso em 16 out 2017.

CARDOSO, M. F.; SANTOS, A. C. B.; ALLOUFA, J. M. L. Sujeito, linguagem, ideologia, mundo: técnica hermenêutico-dialética para análise de dados qualitativos de estudos críticos em administração. **XXXVII Encontro da ANPAD**, Rio de Janeiro, 07 a 11 set 2013.

CASA DE OSWALDO CRUZ (COC). **Guia do Acervo da Casa de Oswaldo Cruz.** Rio de Janeiro: COC / Fiocruz, 1995.

CORDEIRO, H. **O Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: Ayuri, 1991.

COSTA, N. R. **Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

CESAR, C. L. G.; TANAKA, O. Y. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12, Supl. 2), p. S59-70, 1996.

COSTA, J. S. D.; FACCHINI, L. A.; Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 4, p. 360-369, 1997.

CRUSOÉ, N. M. C, A teoria das representações sociais em Moscovici e sua importância para a pesquisa em educação. **Aprender – Cad. de Filosofia e Psicologia da Educação**, Vitória da Conquista, v. 2, n. 2, p. 105-114, 2004.

DIAS DA COSTA, J. S.; OLINTO, M. T. A.; GIGANTE, D. P.; MENEZES, A. M. B.; MACEDO, S.; DALTOÉ, T. et al. Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 353-363, 2008.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org). **Textos de Apoio em Políticas de Saúde**. Organizado por Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SCOREL, S. **Reviravolta na Saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FARIA, T. W. **Dilemas e Consensos: a seguridade social brasileira na Assembleia Nacional Constituinte de 1987/88** – um estudo das micro relações político-institucionais entre saúde e previdência social no Brasil. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: IMS / Uerj, 1997.

FIGUEIREDO NETO, Manoel Valente et al. O processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde brasileiro e as novas perspectivas. **Âmbito Jurídico, Rio Grande, XIII**, n. 76, 2010. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=7781. Acesso em: 03 set 2017.

GADAMER, H. G. **Verdade e método**. Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. 4. ed. Petrópolis, Vozes 2002.

HABERMAS, J. **O discurso filosófico da modernidade**. São Paulo: Martins Fontes, 2000. p. 306.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2013. **Cidades @**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=354340> Acesso em: 26 ago 2017.

LIMA, F. A.; PERCY A. G. Sentidos da participação social na saúde para lideranças comunitárias e profissionais da Estratégia de Saúde da Família do território de Vila

União, em Sobral – CE. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 26[1], p. 157-175, 2016.

LIMA, N. T. (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Organizado por Nísia Trindade Lima, Sílvia Gerschman e Flávio Coelho Edler. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LIMA, R. C. P.; CAMPOS, P. H. F. Campo e grupo: aproximação conceitual entre Pierre Bourdieu e a teoria moscoviciana das representações sociais. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 63-77, jan./mar. 2015.

MELLO, G. A. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde – Origens e diferenças conceituais. **Revista APS**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e Saturação em Pesquisa Qualitativa: Consensos e Controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v.5, n.7, p.01-12, abril 2017.

OLIVEIRA, D. C.; SIQUEIRA, A. A. F.; ALVARENGA, A. Práticas sociais em saúde: uma releitura à luz da teoria das representações sociais. **Estudos Interdisciplinares de Representação Social**. Organizado por Antonia Silvia Paredes Moreira e Denize Cristina de Oliveira. Goiânia: AB, 1998.

PEGORARO, G. B. **Perfil Epidemiológico do Atendimento e Acolhimento da Demanda Espontânea utilizando a Classificação dos Sinais de Alerta em uma Unidade Básica de Saúde de Ribeirão Preto**. 48 p. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização em Urgência, Emergência e Terapia Intensiva), Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto/SP, 2017.

PINHEIRO R. S.; TRAVASSOS C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 487-96, 1999.

RIBEIRÃO PRETO (SP). Prefeitura Municipal. Diário Oficial do Município de Ribeirão Preto. **Decreto nº 407** de 03 de Dezembro de 2003. Disponível em: <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/dom/200312/031205/i73executivo.php>. Acesso em: 14 fev 2018.

RIBEIRÃO PRETO (SP). Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017**. Ribeirão Preto: Divisão de Planejamento em Saúde, Secretaria Municipal da Saúde, 2013.

SÁ, C. P. **Núcleo Central das Representações Sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.

SARTRE, J. P. **O que é subjetividade?** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2015.

SAWYER, D. O.; LEITE, I. C.; ALEXANDRINO, R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, p. 757-776, 2002.

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

STRECK, L. L. **Verdade e Consenso: constituição, hermenêutica e teorias discursivas da possibilidade à necessidade de respostas corretas em Direito**. 2. ed. Rio de Janeiro: Lumen Júris, 2008. p. 46.

TEIXEIRA, S. M.; OLIVEIRA, J de A. A. **(Im) Previdência Social: 60 anos de história da previdência social no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.

TRAVASSOS, C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro; p. 325-330, 1997.

TRIVINÓS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **The world health report 2000. Health systems: improving performance**. Geneva, 2000.

APÊNDICE I

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Roteiro Norteador para Projeto de Pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde e Educação

1. Nome, sexo, estado civil, cor, raça, profissão, cargo, como chegou ao cargo (concurso público, nomeação, contratação terceirizada, outros), autodenominação econômico-social (classe socioeconômica)?
2. O que você pensa sobre eficiência dos serviços de saúde, demandas e ações na sua área de atuação?
3. A que público se direcionam os serviços de Atenção Básica à Saúde do sistema atual?
4. Em sua opinião, quais estruturas e tipos de atendimentos supririam as necessidades do público alvo em relação a Atenção Básica à Saúde?
5. Como você avalia o atendimento de indivíduos provenientes de serviços suplementares privados pelo sistema público?

APÊNDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA PERSPECTIVA SÓCIO-ANTROPOLÓGICA DE BOURDIEU SOBRE EFICIÊNCIA DOS SERVIÇOS DOS GERENTES DE UBS's E ESF's NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO SUS

RESPONSÁVEL PELO PROJETO: Eduardo Stefaneli

ORIENTADORA: Profa. Dra. Eliana Mendes de Souza Teixeira Roque

Caro participante, queremos convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa que busca conhecer e analisar as representações sociais sobre a eficiência dos serviços de saúde, demandas e ações realizadas, sob a ótica de gerentes de UBS's e ESF's no município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo.

Sua participação se dará através de uma entrevista a realizar-se preferencialmente em sua unidade de trabalho, com data e horário previamente combinados e tempo estimado de 45 a 55 minutos.

É garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta instituição.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros profissionais, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante. Será garantido a(o) Sr(a) o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa e não deverá estar exposto a nenhum dano mental ou físico.

Comprometemo-nos a utilizar os dados somente nesta pesquisa.

Não há despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Quaisquer dúvidas de sua parte poderão ser dirimidas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto, pelo telefone: 3603-6915.

A sua assinatura de Consentimento na participação, envolve estar ciente que deverá:

- Responder às questões investigativas, formuladas e aplicadas pelos pesquisadores;

- Participar de forma voluntária;
- Não terá nenhum gasto e não receberá nenhum reembolso financeiro por esta participação;
- Os resultados poderão ser publicados em eventos científicos

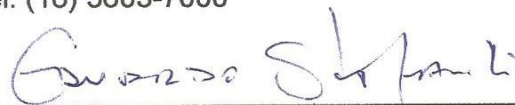
Sendo assim, eu _____ RG n. _____, concordo em participar desta pesquisa pertinente ao Mestrado em Saúde e Educação como voluntário(a), sendo que qualquer dúvida será dirimida junto aos pesquisadores nos contatos abaixo especificados .

Ribeirão Preto, 03 / 10 / 2017

Assinatura do participante

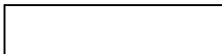


Assinatura da pesquisadora responsável
Profa. Dra. Eliana Mendes de Souza Teixeira Roque
Tel: (16) 3603-7000



Assinatura do pesquisador
Eduardo Stefaneli
Tel: (16) 98138-5531

APÊNDICE III



CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO/SP

Ribeirão Preto, 25 de Setembro de 2017.

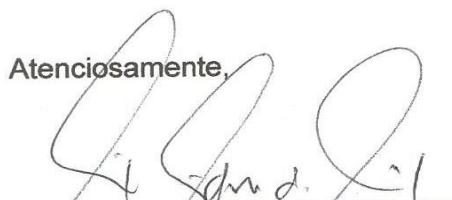
Ilma.

Profª Drª Luciana Rezende Alves Oliveira
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UNAERP
Universidade de Ribeirão Preto – Campus Ribeirão Preto


Venho pelo presente encaminhar o Projeto intitulado: Representações Sociais na Perspectiva Sócio-Antropológica de Bourdieu sobre Eficiência dos Serviços dos Gerentes de UBS's e ESF's na Atenção Básica à Saúde do SUS, a ser desenvolvido pelo Mestrando – Eduardo Stefaneli do Curso de Mestrado *stricto sensu* em Saúde e Educação, tendo como orientadora a Profª Drª Eliana Mendes de Souza Teixeira Roque, para a apreciação deste comitê.

As atividades serão desenvolvidas junto aos gerentes das Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família nas cinco Distritais de Saúde do município de Ribeirão Preto - SP.

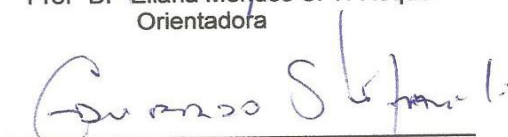
Atenciosamente,



Profª Drª Silvia Sidneia da Silva
Coordenadora




Profª Drª Eliana Mendes S. T. Roque
Orientadora



Eduardo Stefaneli
Mestrando

APÊNDICE IV

 <p>PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO Secretaria da Administração</p>	PARA USO DA REPARTIÇÃO		
	Processo Nº		Data
	Folha	02	Assinatura/Carimbo
EXCELENTÍSSIMO SENHOR PREFEITO MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO			
PARA USO DO REQUERENTE (Digitar ou preencher com letra de forma)			
Nome/Razão Social Eduardo Stefaneli			
CPF/CNPJ 08936696874	Inscrição Municipal / R.G 15693755	Nº. Cadastro imóvel	
Endereço do Requerente Rua Zilda de Souza Rizzi		Nº. 951	Cep 14093010
Complemento Quadra 10 Casa 20	Bairro / Distrito Jardim Interlagos	Cidade Ribeirão Preto	
Telefone Fixo / Requerente 16 36291923	Celular / Requerente 16 981385531	E-mail / Requerente edustefaneli@gmail.com	
O REQUERENTE, RESPEITOSAMENTE, SOLICITA:			
<p>à Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa, em nome de sua Coordenadora Sra. Claudia Siqueira Vassimon, parecer e autorização deste colegiado para produzir uma pesquisa de campo, mais especificamente entrevistas com os gerentes das Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família com a finalidade de conhecer e analisar as representações sociais na perspectiva sócio-antropológica de Bordieu sobre eficiência dos serviços de saúde, demandas e ações realizadas, sob a ótica de gerentes das UBS's e ESF's do Município de Ribeirão Preto - São Paulo. Esta pesquisa será parte integrante de dissertação no Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto. A intenção de tal projeto visa o entendimento das representações sociais dos indivíduos, sujeitos da pesquisa, trazendo, através destas, esclarecimentos sobre seu posicionamento como intermediador entre as políticas públicas propostas e sua implementação junto aos colaboradores de suas unidades, promovendo, para tal objetivo, novas formas de educação permanente em saúde.</p>			
Anexar folha(s) complementar(es) quando o espaço acima for insuficiente.			
TERMOS EM QUE PEDE DEFERIMENTO			
CIENTE DE QUE ESTE PROCESSO ADMINISTRATIVO NÃO SUSPENDE A EXIGIBILIDADE DO CRÉDITO TRIBUTÁRIO (PRINCIPAL, CORREÇÃO MONETÁRIA E MULTA MORATÓRIA), SALVO COM DEPÓSITO, ADMINISTRATIVO OU JUDICIAL,			
Data 12 / 06 / 2017		Assinatura do Requerente	
Nome	Função	CPF	
AUTOR DO PROJETO DE OBRAS		RESPONSÁVEL TÉCNICO	
Nome		Nome	
CREA	Art.	CREA	Art.
Endereço	Telefone	Endereço	Telefone
Assinatura		Assinatura	

DADOS COMPLEMENTARES			
Nome do Procurador (Juntar procuração com firma reconhecida, exceto o contador constante da FIC)		CPF	
Telefone Fixo / Procurador	Celular / Procurador	E-mail / Procurador	
Endereço de Comunicação		Nº.	Cep
Complemento	Bairro / Distrito	Cidade	
Telefone / Comunicação	Celular / Comunicação	E-mail / Comunicação	
INSTRUÇÕES			
<p>01 – Digitar ou preencher em letra de forma bem legível, sem emenda ou rasura que prejudique a clareza.</p> <p>02 – Identificar o requerente: se Pessoa jurídica indicar o CNPJ, se Pessoa Física o CPF.</p> <p>03 – Indicar o nº. do cadastro do imóvel sempre que se tratar de IPTU / ITBI / CERTIDÃO DE ATIVIDADE / ALVARÁ DE FUNCIONAMENTO.</p> <p>04 – Expor, de forma resumida e objetiva, o motivo do pedido,</p> <p>05 - Juntar documentos comprovantes das alegações, quando for o caso. Tratando-se de devolução de quantia, juntar guia de recolhimento original.</p> <p>06 - Datar, assinar, constar o nome, função, CPF do requerente.</p> <p>07 - Quando se tratar de pedido de pesquisa ou Certidão de Inteiro Teor, o valor da taxa será cobrado por linha digitada.</p> <p>08 – No caso de Projeto de Obra de Construção Civil, os respectivos campos somente serão preenchidos e assinados pelo autor do projeto ou responsável técnico.</p>			
PARA USO EXCLUSIVO DA SECRETARIA DA FAZENDA \ POUPEMPO \ PROTOCOLO \ ADMINISTRAÇÃO			
PARA USO EXCLUSIVO DO PROTOCOLO			
Segue(m) juntado(s) neste		folha(s) numerada(s)	
e rubricada(s) de 01 a			
/ /			
Data	Ass. Carimbo		

ANEXO A



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto
Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde



OF. 3008/2017 – CAPP
CV/2017

Ribeirão Preto, 26 de julho de 2017.

Prezada Orientadora,

Informo que os gerentes das Unidades Básicas de Saúde e Estratégias de Saúde da Família manifestaram a concordância com a realização do projeto de pesquisa em suas Unidades.

Sendo assim, declaro estar ciente e concordo com a realização do projeto de pesquisa: **“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA PERSPECTIVA SÓCIO ANTROPOLÓGICA DE BOURDIEU SOBRE EFICIÊNCIA DOS SERVIÇOS NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO SUS”**, sob a responsabilidade da orientadora Prof^ª Dr^ª ELIANA MENDES DE SOUZA TEIXEIRA ROQUE em Unidades da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

Informo, ainda, que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Destaco que o pesquisador deverá agendar o acesso aos gerentes através dos telefones das Unidades de Saúde disponibilizados no link <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/rede/i16relacao-tel-end.php>.

Solicito que o pesquisador encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,


Dra. Claudia Siqueira Vassimon

**Coordenadora da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-CAPP**

Ilustríssima Senhora

PROF^ª DR^ª. ELIANA MENDES DE SOUZA TEIXEIRA ROQUE
ORIENTADORA DO PROJETO DE PESQUISA
UNAERP
NESTA

ANEXO B

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REPRESENTAÇÕES SOCIAIS NA PERSPECTIVA SÓCIO-ANTROPOLÓGICA DE BOURDIEU SOBRE EFICIÊNCIA DOS SERVIÇOS DOS GERENTES DE UBSs E ESFs NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE DO SUS

Pesquisador: Eliana Mendes de Souza Teixeira Roque

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 79188417.4.0000.5498

Instituição Proponente: Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.606.129

Apresentação do Projeto:

Com o presente estudo pretende-se conhecer e analisar as representações sociais sobre eficiência dos serviços de saúde, demandas e ações realizadas, sob a ótica de gerentes de UBS's e ESF's no município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo, Brasil. O trabalho fundamenta-se na abordagem metodológica da pesquisa qualitativa, tendo como referencial teórico o antropólogo e sociólogo francês Pierre Bourdieu onde, através do conceito de "habitus", desenvolvido pelo autor, busca-se analisar a forma como o indivíduo se situa, pensa, age, assume posições políticas e morais na sociedade, criando estratégias individuais e coletivas para posicionar-se e manter-se no espaço social onde presta seus serviços. O estudo busca também verificar se o modelo sócio, político, econômico e cultural imposto pelo campo onde os sujeitos da

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 2.606.129

pesquisa submetem seus serviços, influenciam suas relações com o público alvo de suas ações, originando ou não bases estruturais que fomentam a distinção e violência simbólicas. A construção dos dados da pesquisa deverá se dar pela observação livre e entrevistas semi estruturadas, e a análise através da interpretação de sentidos a luz das representações sociais.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer e analisar as representações sociais na perspectiva sócio-antropológica de Bourdieu sobre eficiência dos serviços de saúde, demandas e ações realizadas, sob a ótica de gerentes das UBS's e ESF's do município de Ribeirão Preto/SP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentou relação risco benefício de forma atender os criterios eticos.
Não apresentou critérios para suspender ou encerrar a pesquisa.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

sem nenhuma consideração sobre o projeto

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Deverá rever datas do cronograma.
Apresentar criterios para suspender ou encerrar a pesquisa.
Descrever quem irá arcar com as despesas financeiras do projeto.

Recomendações:

Deverá rever datas do cronograma.
Apresentar criterios para suspender ou encerrar a pesquisa.
Descrever quem irá arcar com as despesas financeiras do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências foram atendidas e obedecem a Resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa aprovado.

Endereço: Av.Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 2.606.129

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1008248.pdf	22/03/2018 22:07:33		Aceito
Outros	resposta.pdf	22/03/2018 22:07:00	Eliana Mendes de Souza Teixeira Roque	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	22/03/2018 22:06:25	Eliana Mendes de Souza Teixeira Roque	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projet.pdf	22/03/2018 22:05:35	Eliana Mendes de Souza Teixeira Roque	Aceito
Outros	CONCEDIDA.pdf	04/10/2017 21:28:25	Eliana Mendes de Souza Teixeira Roque	Aceito
Outros	COMITE.pdf	04/10/2017 21:27:21	Eliana Mendes de Souza Teixeira Roque	Aceito
Outros	PEDIDO.pdf	04/10/2017 21:26:23	Eliana Mendes de Souza Teixeira Roque	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	04/10/2017 21:25:08	Eliana Mendes de Souza Teixeira Roque	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	04/10/2017 21:24:04	Eliana Mendes de Souza Teixeira Roque	Aceito
Folha de Rosto	ROSTO.pdf	04/10/2017 21:23:09	Eliana Mendes de Souza Teixeira Roque	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
 Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
 Telefone: (16)3603-6895 Fax: (16)3603-6815 E-mail: cetica@unaerp.br

UNAERP - UNIVERSIDADE DE
RIBEIRÃO PRETO



Continuação do Parecer: 2.606.129

RIBEIRAO PRETO, 18 de Abril de 2018

Assinado por:
Luciana Rezende Alves de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D
Bairro: RIBEIRANIA **CEP:** 14.096-380
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3603-6895 **Fax:** (16)3603-6815 **E-mail:** cetica@unaerp.br

ANEXO C



Ribeirão Preto SP
Av. Costabile Romano, 2201
(16) 3603-7000
CEP 14096-900

Guarujá SP
Av. D. Pedro I, 3300
(13) 3398-1000
CEP 11440-003

www.unaerp.br

ATA DO EXAME GERAL DE QUALIFICAÇÃO DE EDUARDO STEFANELI – ALUNO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO – UNAERP.

Aos dezoito dias do mês de setembro de dois mil e dezoito, às dez horas, na sala 16 C, da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, instalou-se, sob a presidência da Profa. Dra. Eliana Mendes de Souza Teixeira Roque e com a presença dos seguintes Professores Doutores: Daniela Carnio Costa Marasea e Diene Monique Carlos, a Comissão Examinadora do Exame Geral de Qualificação de *Eduardo Stefaneli*, aluno do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Educação, Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde, em nível de Mestrado Profissional, desta Universidade. Em seguida a Sra. Presidente determinou o início dos trabalhos. O candidato foi arguido pelos senhores (a) examinadores (a) na conformidade das disposições regulamentares pertinentes, sobre o trabalho de pesquisa apresentado. Terminado o exame, o **Sr. Eduardo Stefaneli** obteve o seguinte conceito geral da Comissão Examinadora: **Aprovado**. Do que, para constar, foi lavrada a presente ata que vai assinada pelos membros da Comissão Examinadora e por Patricia Araújo Machado Riul, Secretária da Divisão de Pós-Graduação da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, que secretariou os trabalhos. Ribeirão Preto, 18 de setembro de 2018.

Prof. Dra. Eliana Mendes de Souza Teixeira Roque
Presidente

Prof. Dra. Daniela Carnio Costa Marasea

Prof. Dra. Diene Monique Carlos

Patricia Araújo Machado Riul
Secretária

ANEXO D



Ribeirão Preto SP
Av. Costábile Romano, 2201
(16) 3603-7000
CEP 14096-900

Guarujá SP
Av. D. Pedro I, 3300
(13) 3398-1000
CEP 11440-003

www.unaerp.br

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE EDUARDO STEFANELI - ALUNO DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO – UNAERP.

Aos cinco dias do mês de abril de dois mil e dezenove, às dez horas, na sala 16 C, da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP, reuniu-se a Comissão Examinadora de Defesa Pública de Dissertação de Mestrado, sob a presidência da Profa. Dra. Eliana Mendes de Souza Teixeira, Professora Doutora da Universidade de Ribeirão Preto e com a presença da Profa. Dra. Diene Monique Carlos, Professora Doutora da Universidade de São Paulo e da Profa. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva, Professora Doutora da Universidade de Ribeirão Preto, para distribuição dos trabalhos. Seguidamente, em sessão pública, deu-se início aos trabalhos da Defesa Pública de Dissertação de Mestrado de *Eduardo Stefaneli*, aluno do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Educação, Área de Concentração: “Ensino de Ciências da Saúde”, intitulada: *“Representações Sociais na Perspectiva Sócio-Antropológica de Bourdieu sobre Efetividade dos Serviços dos Gerentes da Atenção Básica à Saúde”*, visando à obtenção do título de Mestre em Saúde e Educação. As examinadoras: Professoras Doutoras: Diene Monique Carlos, Eliana Mendes de Souza Teixeira e Sílvia Sidnéia da Silva arguíram, nesta ordem, o candidato no tempo de até trinta minutos, tendo o candidato respondido a cada examinador no mesmo tempo. Logo após, reuniu-se a Comissão, reservadamente, tendo chegado ao seguinte julgamento, que foi anunciado publicamente: Profa. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva – **aprovado**; Profa. Dra. Diene Monique Carlos – **aprovado** e Profa. Dra. Eliana Mendes de Souza Teixeira – **aprovado**. Portanto, o candidato foi **APROVADO**, fazendo jus ao título de **MESTRE EM SAÚDE E EDUCAÇÃO**. Do que, para constar, foi lavrada a presente ata que vai assinada pelos membros da Comissão Examinadora e por Patrícia Araujo Machado Riul, Secretária da Divisão de Pós-Graduação, que secretariou os trabalhos. Ribeirão Preto, 05 de abril de 2019.

Profa. Dra. Eliana Mendes de Souza Teixeira
Presidente/UNAERP

Profa. Dra. Diene Monique Carlos
USP

Profa. Dra. Sílvia Sidnéia da Silva
UNAERP

Patrícia Araujo Machado Riul
Secretária