

REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - RENASF
UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JOÃO KILDERY SILVEIRA TEÓFILO

ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO DOS COORDENADORES DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOS MUNICÍPIOS DA 12ª REGIÃO DE
SAÚDE DO CEARÁ

SOBRAL

2014

**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA - RENASF
UNIVERSIDADE ESTADUAL VALE DO ACARAÚ - UVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO DOS COORDENADORES DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOS MUNICÍPIOS DA 12ª REGIÃO DE
SAÚDE DO CEARÁ**

JOÃO KILDERY SILVEIRA TEÓFILO

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional Saúde da Família da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, nucleadora Universidade Estadual Vale do Acaraú, Linha de Pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde. Orientadora: Professora Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos. Co-orientadora: Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque.

SOBRAL

2014

T29a

Teófilo, João Kildery Silveira

Análise do processo de trabalho dos coordenadores da estratégia saúde da família nos municípios da 12ª Região de Saúde do Ceará / João Kildery Silveira Teófilo. -- Sobral, 2014.
252 f. : il.

Orientadora: Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Co-orientadora: Dra. Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual Vale do Acaraú / Centro de Ciências da Saúde / Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, 2014.

1. Saúde da Família - Trabalho. 2. 12ª Região de Saúde do Ceará. 3. Política de Saúde. I. Vasconcelos, Maristela Inês Osawa. II. Albuquerque, Izabelle Mont'Alverne Napoleão. III. Universidade Estadual Vale do Acaraú, Centro de Ciências da Saúde. IV. Título.

CDD 610

ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO DOS COORDENADORES DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOS MUNICÍPIOS DA 12ª REGIÃO DE
SAÚDE DO CEARÁ

JOÃO KILDERY SILVEIRA TEÓFILO

Trabalho de Conclusão de Mestrado aprovado em 13 de junho de 2014, pela banca
examinadora constituída dos seguintes membros:

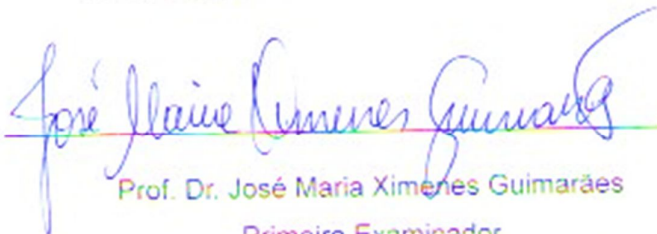
Banca Examinadora:



Profª. Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos

Presidente

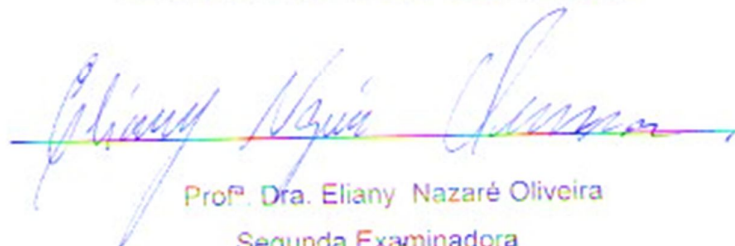
Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)



Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães

Primeiro Examinador

Universidade Estadual do Ceará (UECE)



Profª. Dra. Eliany Nazaré Oliveira

Segunda Examinadora

Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

“Há tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma de nosso corpo, e esquecer os caminhos, que nos levam aos mesmos lugares.

É tempo da travessia. E, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos...” (Fernando Pessoa)

“Se você não sabe para onde vai, todos os caminhos levam a lugar nenhum.” (Henry A. Kissinger)

AGRADECIMENTOS

Esta foi uma jornada de grandes desafios a serem vencidos e conquistados. Para isso, muitas pessoas entre professores, colegas, amigos e familiares contribuíram das mais diversas formas. Aproveito, este momento, para agradecer a todos, mesmo que não nomeados aqui, que sabem por si só, da importância da sua colaboração.

A todos os Coordenadores da ESF, que guerreiramente lidam com desafios constantes para dar brio a Estratégia Saúde da Família nos municípios de pequeno porte no Ceará.

A minha mãe e a minha esposa, que sempre me deram apoio no percurso de desenvolvimento desta produção.

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi concebida no Brasil como uma política estruturante da Atenção Primária à Saúde, na busca de reverter o modelo de atenção hegemônico, centrado na doença e na cura e está organizada a partir da concepção de território, vínculo, longitudinalidade do cuidado centrado nas famílias, ser porta de entrada do sistema de saúde e possibilitar uma atenção universal, equânime e integral. Vários são os desafios enfrentados por esta política para consolidar-se no país, dentre eles está a sua coordenação/gestão, tangenciada por uma cultura gerencial clássica e burocratizada, tendo o grande deságio de desenvolver um novo modelo de gerir, baseado na participação ativa de todos no ato de governar. Uma coordenação com processos de trabalho colunado pelas tecnologias leves, na produção do cuidado com prevalência do trabalho vivo em ato. Este estudo teve como objetivo analisar o processo de trabalho dos coordenadores da Estratégia Saúde da Família dos municípios da 12ª Regional de Saúde do Ceará, tendo como referência os princípios e as diretrizes norteadoras desta estratégia. A pesquisa, realizada de agosto de 2012 a abril de 2014, é do tipo descritivo-exploratória qualitativa, tendo como campo de estudo os sete municípios da 12ª Região de Saúde do Ceará. Os sujeitos foram os Coordenadores dos sete municípios. Esta pesquisa teve como instrumentos de coletas de dados um formulário com perguntas abertas e fechadas e um roteiro de 10 perguntas abertas para entrevista. A análise foi realizada utilizando-se o método de análise de conteúdo, na perspectiva da análise temática, por meio da formação de categorias. Todos os Coordenadores eram graduados em enfermagem, com uma média de idade de 28,14 anos, sendo 71,42% do sexo feminino, com uma renda média líquida de R\$ 2.855,10. A média de anos de graduação foi de 4,7 anos e nenhum havia concluído mestrado ou doutorado e quase 60% não tinham nenhum outro curso de pós-graduação. Nenhum coordenador recebeu treinamento para assumir o cargo. Mais da metade dos Coordenadores não tinha o cargo devidamente oficializado e nenhum destes tinha mais de um ano no exercício. Era a primeira experiência de gestão destes profissionais. Na organização da ESF, predominaram as ações para assegurar os requisitos mínimos para o seu funcionamento da ESF. Foi constatada uma indefinição sobre os papéis dos coordenadores de acordo com o cargo

exercido, assim como uma situação de sobreposição de funções. As ações de monitoramento, avaliação e planejamento apareceram de forma tímida, com destaque em ações clássica de gerência. A maioria dos Coordenadores tinha uma autonomia restrita, para tomadas de decisões. Nenhum coordenador demonstrou uma concepção de gestão bem definida, todos demonstraram traços da gestão clássica e da gestão participativa, com predominância da primeira, com um processo de trabalho ainda muito engessado nas tecnologias duras, sobressaindo-se o trabalho morto. O controle social e as ações de educação permanentes ainda estão muito aquém do que se busca para ESF. Foram encontradas como principais dificuldades no exercício da Coordenação da ESF, a ausência de autonomia, a influência politiqueria, as baixas condições de trabalho e a sobrecarga de tarefas. Ficou evidente a necessidade de uma remodelagem da forma de exercício destas coordenações, para permearem os caminhos para consolidação da ESF como foi concebida dentro do SUS.

Palavras-chave: Saúde da Família. Trabalho. Gerenciamento. Política de Saúde.

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) was designed in Brazil as a structuring policy for Primary Health Care, seeking to reverse the hegemonic care model that focused on sickness and cure, to be organized on the conception of territory, binding, and the longitudinality of care centered on families, being the entrance to the health system and enable universal, equal and comprehensive care. This policy faces several challenges until it is consolidated in our country, among them is coordination/management, directed by a culture of classical management and bureaucracy, with negative goodwill for developing a new model of management based on the active participation of all in governing. A coordination of work processes based on light technologies, in the production of care with prevalence on live labor in action. This study had as objective to analyze the work process of coordinators in FHS in the municipalities belonging to the 12th Health Region of Ceará, with the principles and set guidelines as reference for this strategy. This was an exploratory, descriptive study, with a qualitative approach, performed between August 2012 and April 2014, with the seven municipalities in the 12th Health Region of Ceará being the field of study. The subjects were coordinators from the seven municipalities. The data collection instruments for this study were a form with open and closed questions and a script with 10 open questions for the interview. Analysis was performed using the content analysis method, in thematic analysis perspective, through the formation of categories. All coordinators were graduated in nursing, with a mean age of 28.14 years, with 71.42% being female, with an average net income of R\$ 2,855.10. Mean length of graduation was 4.7 years, none of the participants had completed masters or doctoral degrees, and nearly 60 % had not taken any other post-graduation course. None of the coordinators had received training for their position. More than half of the coordinators had not been formally commissioned and none of them had worked in the position for more than a year. This was the first management experience for these professionals. In the organization of FHS, actions to guarantee the minimum requirements for the operation of FHS predominated. Lack of definition on the roles of the coordinators according to their position was witnessed, as well as the overlapping of functions. Monitoring, evaluation and planning actions appeared in a timid manner, with emphasis on classical management actions. Most of the

coordinators had limited autonomy for decision making. None of the coordinators demonstrated a well-defined conception of management, all of them demonstrated traces of classical and participative management, with predominance of the former, with a work process still molded on hard technologies, highlighting dead labor. Social control and permanent education actions are still far short of what is sought for FHS. The main difficulties encountered in the exercise of FHS coordination were lack of autonomy, petty political influence, poor working conditions and excessive workloads. The need for remodeling the work routine of these coordinators became evident for them to pave the roads for the consolidation of FHS as it was designed to be within the Unified Health System.

Keywords: Family Health. Labor. Management. Health Policy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 -	Valores, princípios e atributos de um modelo de saúde baseado na APS	63
Figura 02 -	Divisão territorial da 12ª Região de Saúde do Ceará, de acordo com o processo de regionalização da saúde do referido Estado	121
Figura 03 -	Cobertura da Estratégia de Saúde da Família por Região de Saúde e município, Ceará, 2012	126

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 -	Distribuição dos municípios da 12ª Região de Saúde do Ceará por área territorial, população 2010 e densidade demográfica	122
Tabela 02 -	Distribuição dos municípios da 12ª Região de Saúde do Ceará de acordo com o índice de Desenvolvimento Humano (IDH), 2010	123
Tabela 03 -	Distribuição dos óbitos segundo as causas classificadas pelo CID 10, do Estado do Ceará e da 12ª Região de Saúde do Ceará, 2013	124
Tabela 04 -	Cobertura da Estratégia Saúde da Família de acordo com os municípios que formam a 12ª Região de Saúde do Ceará e deste Estado, Dez./2013	125
Tabela 05 -	Distribuição do número de Equipes de Saúde da Família (ESF), de Equipes de Saúde Bucal (ESB) e de Núcleos de Atenção à Saúde da Família implantados de acordo com os municípios que formam a 12ª Região de Saúde do Ceará, Dez./2013	126
Tabela 06 -	Distribuição dos Coordenadores da Estratégia Saúde da Família por idade, sexo, estado civil e profissão da 12ª Região de Saúde do Ceará, 2014	133
Tabela 07 -	Distribuição dos Coordenadores da Estratégia Saúde da Família por Renda e por Formação Profissional da 12ª Região de Saúde do Ceará, 2014	139
Tabela 08 -	Distribuição dos Coordenadores da Estratégia Saúde da Família por Oficialização do Cargo, Tempo no Cargo, Tempo de Experiência Anterior no Cargo e Tempo de Experiência Anterior na ESF da 12ª Região de Saúde do Ceará, 2014	148

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde nacional
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BA	Bahia
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CE	Ceará
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CID	Classificação Internacional de Doenças
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COPROM	Coordenadoria de Promoção da Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho nacional de Secretário de Saúde
CRES	Coordenadoria Regional de Saúde
CSF	Centro de Saúde da Família
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DAB	Departamento da Atenção Básica
DeCS	Descritores e Ciências da Saúde
DF	Distrito Federal
EPMS	Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FM	Faculdade de Medicina
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde

GM	Gabinete do Ministro
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBQN	Instituto Brasileiro de Qualidade Nuclear
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IGP-M	Índice Geral de Preços e Mercado
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
KFW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
NESCON	Núcleo de Educação em Saúde Coletiva
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
NUIS	Núcleo de Informação e Análise em Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PCCS	Plano de Carreiras, Cargos e Salários
PMAQ	Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção
PMF	Programa Médico da Família
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PN-DST/Aids	Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
PSF	Regional de Saúde do Ceará
Samu	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
[s.d.]	Sem Data
SESA/CE	Secretaria de Saúde do Ceará
SESP	Serviços Especiais de Saúde Pública
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SP	São Paulo

[s.p.]	Sem Página
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	OBJETIVOS	30
2.1	Objetivo Geral	30
2.2	Objetivos Específicos	30
3	REVISÃO DE LITERATURA	31
3.1	O Sistema Único de Saúde: (Re)Construção Histórica, Social, Política e Organizacional	31
3.2	A Atenção Primária em Saúde (APS)	46
3.2.1	<i>Aspectos históricos e conceituais</i>	46
3.2.2	<i>A Atenção Primária em Saúde como um modelo de atenção</i>	60
3.3	A Estratégia Saúde da Família como modelo organizativo da APS	72
3.4	A Gestão em saúde e a Coordenação na Estratégia Saúde da Família	82
3.4.1	<i>A Coordenação da Estratégia Saúde da Família</i>	91
3.5	Refletindo Sobre o Processo de Trabalho em Saúde do Coordenador da Estratégia Saúde da Família	97
3.5.1	<i>O Processo de Trabalho em saúde</i>	97
3.5.1.1	<i>A micropolítica do trabalho em saúde e o uso das tecnologia leves</i>	105
3.5.2	<i>O Processo de Trabalho do Coordenador da Estratégia Saúde da Família</i>	112
4	PERCURSO METODOLÓGICO	119
4.1	Desenho da Pesquisa	119
4.2	Campo de Estudo	120
4.3	Sujeitos do Estudo	127
4.4	Período	127
4.5	Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados	127
4.6	Análise dos Dados	130
4.7	Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa	131
5	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	133
5.1	Caracterização dos Coordenadores da Estratégia Saúde da	

	Família na 12ª Região de Saúde	133
5.1.1	<i>Perfil Social, Demográfico e de Formação dos Coordenadores da ESF</i>	133
5.2	Análise do Processo de Trabalho dos Coordenadores da ESF	155
5.2.1	<i>Como os Coordenadores da ESF estão fazendo a gestão e as relações que se estabelecem no cotidiano desta prática</i>	156
5.2.2	<i>A Educação Permanente no contexto estudado</i>	193
5.2.3	<i>A Aproximação dos Coordenadores da ESF com as instâncias de participação e controle social</i>	199
5.2.4	<i>Dificuldades no Exercício da Coordenação</i>	207
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	215
6.1	Sugestões	222
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	225
	APÊNDICE A – FORMULÁRIO	245
	APÊNDICE B – ENTREVISTA	246
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	247
	APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO .	248
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)	249

1 INTRODUÇÃO

O atual sistema de saúde brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi concebido em um cenário histórico mundial de intensos debates sobre saúde como um direito universal dos seres humanos, que se intensificaram a partir da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), em 1978, confirmando-se na Assembleia Mundial de Saúde, em 1979, e continuaram como foco nos anos subsequentes.

Naquele mesmo período, o Brasil passava por intensos movimentos sociais voltados para a redemocratização do país, que se intensificaram no início dos anos de 1980, tendo-se como um dos pilares a consecução de uma atenção integral, democrática e igualitária no que se refere ao campo da saúde. Naquele cenário, como colocam Sousa e Costa (2010), ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde no Brasil, concebida como marco histórico que consolidou os ideais da Reforma Sanitária Brasileira, na qual se concentrou os grandes debates acerca do sistema de saúde brasileiro vigente na época e sobre a necessidade de uma mudança radical no mesmo.

A proposição do SUS veio como forma de garantir saúde como um direito de todos os cidadãos brasileiros, tomando o conceito de saúde de forma ampliada, passando de uma visão simplista centrada na ausência de doença, para uma voltada para busca da qualidade de vida, com foco na promoção da saúde. Concebe-se a substituição de uma assistência biomédica fragmentada por uma assistência integral com valorização de ações baseadas em preceitos humanísticos e holísticos na atenção à saúde, instrumentalizando-se os princípios da integralidade, universalidade e equidade.

Concomitante as grandes mudanças no sistema de saúde brasileiro naquela época, eclodiam a nível mundial discussões sobre atenção primária à saúde (APS) como uma política de saúde necessária para inversão do modelo tradicional considerado ineficiente para dar as repostas necessárias às demandas de saúde. Foi a partir de Alma Ata que a APS teve o reconhecimento de fato como uma política de saúde necessária para todos os países, como uma atenção integral, permanente

e onipresente, contrapondo-se a pequena importância que era dada em período anterior. (STARFIELD, 2002).

Desde então, o SUS vem passando por diversas mudanças, principalmente de cunho organizativo e de atenção à saúde, comportando-se como uma política viva, buscando efetivar-se como referência na busca de melhorias para saúde da população brasileira, tendo atualmente a APS como política orientadora das mudanças que se almejam.

A APS é um meio de organização dos serviços de saúde que prescreve a um modelo de atenção¹, constituído por valores, princípios e elementos próprios, através da qual se busca integrar os aspectos característicos desses serviços e que tem como referência as necessidades de saúde da população. É vista como o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo, buscando melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos. (STARFIELD, 2002).

Neste delinear, será adotada neste estudo, como referência, a definição de APS promulgada na Conferência de Alma Ata, mesmo que não seja vivenciado na sua essência por todos os países, mas vem descrever bem a APS que vem sendo buscada através do SUS:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1979, [s.p.]).

¹ O modelo de atenção ou assistencial “[...] diz respeito ao modo como são organizadas, em uma dada sociedade, as ações de atenção à saúde, envolvendo os aspectos tecnológicos e assistenciais. Ou seja, é uma forma de organização e articulação entre os diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis para enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma coletividade.” (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007, p. 27).

Na sua essência, como concebe a política de saúde no Brasil, podemos dizer que o sistema de saúde que se busca, com avanços e conquistas próprias, ancora-se na APS como ordenadora, pois se identificam os valores e princípios essenciais para estabelecer as prioridades nacionais de um sistema de saúde que tem a sua concepção voltada para trabalhar a equidade social, a corresponsabilidade entre população e setor público e a solidariedade, tendo como referência um conceito amplo de saúde.

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil vem utilizando o termo Atenção Básica à Saúde (ABS) na descrição das ações de cunho da Atenção Primária de Saúde, fato explicado por alguns autores, como por no tangente a diferenciação da concepção seletiva da Atenção Primária (GIOVANELLA *et al.*, 2009), assim como à necessidade de construção de uma identidade institucional própria (BRASIL, 2003a), como também devido à ambiguidade terminológica que gera a palavra primário(a) no que se refere a língua portuguesa, causando confusão, falta de clareza e ausência de consenso em relação ao sentido ou ao propósito da APS no país (FAUSTO, 2005). Nessa diferenciação, enfatiza-se também o que coloca Testa ([s.d.] *apud* BRASIL, 2004a), ao expressar que os cuidados primários de saúde podem ser interpretados como “[...] política de focalização e como atenção primitiva à saúde.”.

Na busca de extrapolar este viés no que se refere à compreensão de APS e ABS, o MS vem trazer, de forma normatizada, que estes termos se equivalem ao pensá-los como políticas de saúde, como está explícito na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011f), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica neste país. Nessa lógica, estaremos utilizando ao longo deste estudo o termo ABS como sinônimo de APS.

Na referida Portaria, a Atenção Básica à Saúde caracteriza-se

[...] por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011f, p. 2).

Definição essa adotada em concomitância com a definição de atenção primária trazida na carta de Alma-Ata, como ponto de reflexão para este estudo.

Na lógica da concepção de uma política estruturante da Atenção Básica, em 1994, foi implantado no Brasil o Programa de Saúde da Família (PSF), que surge como um possível mecanismo de reorientação do modelo assistencial, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde. Rosa e Labate (2005) acreditam que esta busca de novos modelos de assistência ocorreu em um momento histórico-social-econômico, no qual o modelo tecnicista/hospitalocêntrico, centrado na doença e em altas tecnologias, não atendia mais as mudanças ocorridas no mundo moderno no que se refere às necessidades de saúde das pessoas.

Inicialmente, o PSF foi concebido à extensão de cobertura, com as ações iniciais de implantação em áreas de maior risco social como um programa paralelo voltado para os pobres, que aos poucos, segundo Giovanella *et al.* (2009), adquiriu grande importância na agenda do governo devido aos resultados produzidos, passando a ser tratado como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde pelo Ministério da Saúde em 1997, conforme está colocado em uma publicação intitulada como **Estratégia Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorganização do Modelo Assistencial** (BRASIL, 1997), mas a oficialização de fato da denominação de Estratégia Saúde da Família se deu a partir da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006c), que definiu a essência da atenção básica no país, sendo, em seguida, fortalecida por meio do lançamento da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011f), mantendo a mesma essência e princípios.

Nessa perspectiva, a Estratégia Saúde da Família (ESF) como política de atenção mostra-se essencial para consecução dos princípios doutrinários e organizativos do SUS, na perspectiva que traz elementos para garantia da universalização, da integralidade, da equidade, da hierarquização, da descentralização e do controle social. (SILVEIRA FILHO, 2005).

Nesta conjuntura, adotaremos neste estudo o termo Estratégia Saúde da Família como componente que caracteriza a ABS no Brasil, na perspectiva de trabalhar o objeto desta pesquisa.

Mesmo após duas décadas de implantação, segundo Andrade *et al.* (2006), a ESF não se constitui em um modelo acabado, haja vista está em pleno processo de aprofundamento de suas bases conceituais e criação de uma nova

práxis entre os trabalhadores integrantes das equipes. Atualmente, é indiscutível seu crescimento quantitativo e o caráter substitutivo em relação à rede básica que vinha instalada no país.

A ESF como política estruturante ainda deixa elementos para geração de questionamentos quanto à prática cotidiana, quando se pensa em reformulação da forma de pensar e fazer saúde, haja vista que, não raras vezes, suas estruturas continuam permeáveis ao modelo tradicional biomédico que corrompe o processo de trabalho cotidiano. (MATUMOTO, 2005). Costa *et al.* (2009) corroboram com a mesma ideia, ao expressarem que há uma ação “sanguessuga”, pois o modelo centrado na doença suga as forças desta estratégia de reformulação em sua arma mais poderosa que são as práticas de saúde, que ainda continuam sendo influenciadas pelo tradicional paradigma flexeneriano na perspectiva de pensar a saúde enquanto a ausência de doença, dor e morte, tendo a organização dos serviços centrada nas ações médicas-curativas.

De acordo com Souza e Costa (2010), em diversos municípios brasileiros, a ESF ainda não funciona de forma integral e equitativa, devido a alguns entraves que vêm sendo vivenciados, dos quais eles destacam a:

[...] contratação de profissionais sem perfil para esse nível de atenção; a precarização do trabalho ou, ainda, a ineficiente administração de gestores que induzem os profissionais a realizarem ações meramente curativas, visando atender o maior número de pessoas para que isso seja mostrado à sociedade como uma atuação da política local, tendo em vista as campanhas eleitorais. (SOUZA; COSTA, 2010, [s.p.]).

A consolidação do SUS mediante as mudanças inferidas pelo dialético movimento de Reforma Sanitária Brasileira, segundo Barrêto *et al.* (2010), requer profissionais qualificados para desenvolver processos de trabalhos no que tange à compreensão de atuação em um sistema norteado pela perspectiva da saúde coletiva, da gestão de coletivos e da gestão participativa.

Toda inferência de uma mudança que se almeja nos moldes de se fazer saúde no Brasil deve partir de uma gestão que visualize estas novas concepções congruentes que priorizem a implantação de ações inovadoras, que vislumbre prover a inversão de um modelo centrado no médico e no individual, para um modelo de produção coletiva, tendo como referência a integralidade, a universalidade, a

equidade, a promoção da saúde e a humanização das ações de saúde. Gestão vista aqui em todas suas dimensões, de sistema de saúde, de políticas de saúde (como a Estratégia Saúde da Família) e de serviços de saúde, na perspectiva que se complementam.

Quando pensamos em direcionar um olhar para forma de gerir especificamente a ESF como política de saúde, que será o foco deste estudo, partimos de um dilema, a ausência de definição que a caracterize, pois em meio às produções do Ministério da Saúde encontra-se apenas a definição de gestão na perspectiva de sistema de saúde, que está concebida através da Norma Operacional Básica dos SUS 01/1996 (NOB 01/96), que traz também o termo gerência no tangente ao gerenciamento de instituições de saúde. Neste escopo, utilizaremos, tendo como referência minha vivência na área, o termo Coordenador da Estratégia Saúde da Família para designar o profissional responsável por gerir esta referida política.

Destacamos duas publicações do Ministério da Saúde que denotam processos avaliativos da ESF. A primeira traz a existência deste personagem com a designação de coordenação técnica das equipes, mas não o define (BRASIL, 2005a) e a segunda infere o termo gestor da atenção básica, mas não traz uma definição deste sujeito (BRASIL, 2012). Dessa forma, não optamos utilizar esses termos por não convergir com a ideia definidora encontrada na NOB 01/96.

Para conceber uma melhor explicação do sujeito coordenador municipal da ESF, citamos um efeito comparativo da diferenciação entre alta gestão, média gestão e baixa gestão no tangente à organização da saúde pública em um município, onde o gestor do sistema de saúde está na escala de alta gestão, o coordenador municipal da ESF na média gestão e o gerente dos centros de saúde da família na baixa gestão, ambos correlacionados entre si.

A função do coordenador encontra-se no limiar entre gestão e gerência, com uma grande tendência para gerência, de modo que, consideramos o Coordenador da ESF também como um gerente, com atribuições que o caracterizam e o diferem dos gerentes de unidades de saúde, na perspectiva de gerenciamento de uma política de saúde, a ESF, colocando-o como um gestor que exerce o gerenciamento imerso nas tecnologias de saúde e que exige um perfil gerencial próprio.

Partiremos da concepção que a coordenação municipal pretendida para a ESF vai mais além de apenas “dirigir uma política de saúde”, numa vertente tradicionalista. Ela exige a incorporação de outros aspectos como na esfera participativa e no uso de tecnologias leves², assim como os interesses, desejos, necessidades, saberes e poderes que podem influenciar o trabalho da coordenação.

Além da ausência da definição de coordenação municipal da ESF, existe também um fosso no que se refere à delimitação de suas atribuições, no que se refere à especificidade do cargo, o que vem levando a uma absorção excessiva de atividades por estes profissionais, comprometendo a efetividade de seus trabalhos, que deve está incorporando no seu fazer as concepções trazidas pela ESF como forma de reorganizar o SUS.

A coordenação municipal da ESF, como prática social, vai além das relações entre os sujeitos, no tangente à garantia da consecução dos princípios do SUS. Ela é caracterizada por um conjunto de especificidades complexas, que intercalam as subjetividades das pessoas com um dado momento histórico-político-social, mediante um enfoque de mudança nos moldes de se conceber saúde na sua forma ampliada, extrapolando o modelo flexeriano.

Algumas discussões vêm sendo alavancadas em variadas instâncias sobre qual o papel e o perfil que deve ter os coordenadores desta política, quais as necessidades de formação e qualificação, quais ações estes devem ser responsabilizados e como devem atuar mediante as variadas realidades encontradas nos municípios brasileiros, configurando-se na necessidade de se repensar os processos de trabalho a serem desenvolvidos por estes profissionais.

Alguns conceitos e referenciais apontam para características que levam a um direcionamento para diferentes concepções e modos de atuar na coordenação municipal da ESF. Segundo Figueiredo *et al.* (2010), as características em geral, as metodologias e ferramentas utilizadas pelos coordenadores aproximam-se de um olhar dicotômico, no qual de um lado está o de caráter tradicional, verticalizado e com rígidas estruturas de poder, e do outro, o de caráter participativo.

² Merhy (2007) classifica as tecnologias em três categorias: leves, leve-duras e duras, sendo as leves relacionadas com as relações como o acolhimento, o vínculo, a autonomização, a gestão como forma de orientar processos; as leve-uras são os saberes estruturados e as tecnologias duras são os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais.

A coordenação doravante denominada de participativa, em seu aparato de atuação, tem como pano de fundo características como a autonomia; o protagonismo; a corresponsabilização de usuários, trabalhadores e gestores; a criação de vínculos solidários; e a participação coletiva na gestão e nos processos decisórios, além da “[...] valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (BRASIL, 2007b, p23.), o que conflui com os princípios norteadores da Estratégia Saúde da Família.

Nessa lógica, podemos visualizá-la como espaço onde se permuta maior participação dos trabalhadores, no tangente a prover uma reorientação na sua forma de produção e reprodução. Nesse enfoque, a forma de coordenar desvela-se como importante potencializadora de transformações com gestores, profissionais da saúde e usuários atuando como protagonistas de ações, levando um arsenal inovador no modo de fazer a coordenação da ESF.

Os coordenadores da Estratégia Saúde da Família devem estar constantemente revendo seus processos de trabalho no intuito de acompanhar as mudanças que vêm permeando o fazer em saúde, com base nos princípios de reorientação do modelo de atenção no Brasil, com a formação de competências que possam está consolidando modificações nos processos de trabalho das equipes de saúde da família, quando ainda voltados para as estruturas tradicionais de se conceber o cuidado.

Neste contexto de construção e de mudança no modelo assistencial em desenvolvimento no Brasil, no qual a ESF tem recebido destaque e as novas concepções de coordenação baseadas na gestão participativa e no uso de tecnologias leves, tendo como referência a experiência do autor desta pesquisa na atuação da coordenação municipal da Estratégia Saúde da Família, formulamos um estudo que tem como objeto de investigação **o processo de trabalho dos coordenadores municipais da Estratégia Saúde da Família**.

Como eixo orientador, partimos de uma concepção híbrida da forma de pensar de alguns autores (MARX, 1980; LIEDKE, 1997; KRUG, 2006) do que seja o processo de trabalho. Dessa forma, definimo-lo como a forma de agir dos seres humanos que atuam sobre as forças da natureza voltadas para a produção de valores de uso com a finalidade de satisfazer as necessidades humanas, independente das formas sociais que assumam e das relações sociais de produção,

com um significado eminentemente qualitativo, na perspectiva que a organização do trabalho abraça o conteúdo e a composição das tarefas, implicando a divisão dessas tarefas no processo produtivo de trabalho e nas formas de relações construídas entre os trabalhadores.

O processo de trabalho na área da saúde, objeto deste estudo, remete-se à compreensão da divisão social e técnica do trabalho, resultando em três dimensões básicas, de acordo com Rodrigues e Araújo (2009): a primeira, de natureza formativa dos profissionais de saúde; a segunda, da gestão e da gerência dos serviços; e a terceira, da produção propriamente dita dos serviços, operando ações promocionais, preventivas e curativas sobre a dor, o sofrimento e as demandas de saúde da população. O foco desta reflexão está direcionado para a segunda dimensão, ou seja, a coordenação da ESF, tendo como inferência que a produção de saúde é entendida dentro da categoria serviço, de tal forma que os resultados do trabalho não constituem mercadorias passíveis de serem industrializadas e comercializadas, mas são serviços produzidos pelo encontro entre quem produz e quem recebe, ou seja, a produção é singular e se dá no próprio ato, numa relação partilhada entre o usuário e o profissional de saúde, na medida em que o primeiro contribui para o processo de trabalho, ou seja, é parte desse processo. (MERHY, 1995).

Portanto, compreender o processo de trabalho e as práticas em saúde na perspectiva de coordenação da ESF como parte constituinte de um processo histórico, de construção coletiva, organizado sócio-culturalmente para dar respostas às exigências e às necessidades sociais da população em saúde, constitui-se essencial para este estudo.

O interesse em estudar sobre como está se dando o processo de trabalho dos coordenadores da ESF justifica-se pelo fato de que desde que o autor da presente pesquisa concluiu a graduação em enfermagem, em 2003, ou mesmo antes, durante os estágios curriculares e projetos de extensão, vem atuando na Estratégia Saúde da Família, seja na assistência, na coordenação ou no ensino, inteirando-se de forma mais aprofundada sobre a proposta, inclusive habilitando-se em uma especialização na área.

Inicialmente, o referido autor atuou por nove meses na assistência, como enfermeiro de equipe de saúde da família, sendo cinco meses na cidade de Acaraú-

CE e quatro meses em Marco-CE, desenvolvendo todas as ações que permeiam este fazer. Desde 2004, vem atuando, seja diretamente ou indiretamente, na coordenação desta estratégia no município de Marco-CE, período em que absorveu vários aprendizados, assim como vivenciou muitas dificuldades e barreiras para consolidação da ESF.

Neste período, também teve a oportunidade de atuar como Preceptor de Território da Residência Multiprofissional em Saúde da Família por um período de dois anos no referido município, acompanhando, em conjunto com preceptores de especialidade, todos os enfermeiros e dentistas inseridos na ESF naquela época, ministrado pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, Sobral-CE, preceituando nuances trazidas pela lógica da educação permanente em saúde. O curso fazia parte do Projeto Ações Básicas de Saúde do Ceará – programa de capacitação, da Secretaria de Saúde do Ceará (SESA/CE), em parceria com a agência de financiamento alemã Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW), assessorada no Brasil pelo Instituto Brasileiro de Qualidade Nuclear (IBQN), que beneficiou os municípios cearenses de Marco, Santana do Acaraú, Chaval, Granja, Coreaú e Acaraú.

Essa oportunidade veio em concomitância com a entrada do presente pesquisador na coordenação da ESF, tendo grande importância para seu crescimento no cargo, pois foi inserido em processos educativos que proporcionaram espaços de aprendizados através da troca de experiências entre os municípios contemplados, permitindo-o refletir sobre as práticas exercidas na ESF, com seus campos de atuação, com limites, possibilidades, retrocessos e avanços na garantia da integralidade da atenção.

Três anos depois também teve a oportunidade de exercer a função de Tutor (antes denominado preceptor de território) da Residência Multiprofissional em Saúde da Família no município de Sobral-CE, por mais dois anos, realizando o acompanhamento, em conjunto com os preceptores de categoria, dez residentes pertencentes a categorias profissionais distintas, conotando-se como um grande desafio no que se refere às conjunturas que permeavam a ESF neste período, experiência significativa para aperfeiçoamento de seu fazer, pois pode conhecer mais a fundo outra realidade na qual a ESF era vista como referência para todo

Brasil, com toda sua grandiosidade, mas também com todas suas dificuldades e desafios para consolidação da ESF como política de reversão do modelo tradicional.

Toda esta vivência proporcionou-o a aquisição de um aparato de conhecimentos sobre a ESF, nas suas diferentes vertentes e atuação profissional, principalmente no que se refere à coordenação, proporcionando anseios constantes e inacabados sobre sua consecução como estratégia de reestruturação do SUS, mediante produções de cuidados ainda com resquícios do modelo cartesiano, perfazendo desafios ainda a serem superados no tocante à forma de gerir, em desvelar dicotômico, colocando-se lado a lado o caráter tradicional, verticalizado e com rígidas estruturas de poder e o caráter participativo.

Diante do exposto, partimos do anseio pela necessidade de nos inteirar de forma mais próxima de outras experiências que permeiam a coordenação da ESF, tanto para nosso crescimento profissional na função, tendo como referência os princípios norteadores da atenção básica, como para produzir conhecimentos que possam ser utilizados por profissionais de outros municípios que atuam no referido cargo, contribuindo, dessa forma, para o amadurecimento da ESF como eixo reorientador da atenção básica.

Este estudo proporciona caminhos para que novas pesquisas sejam realizadas, principalmente na construção de competências a serem desenvolvidas por estes coordenadores, que ainda possuem um fazer inacabado, sem uma direcionalidade bem definida e apresentada nas literaturas atuais, além de não haver processos de educação permanente voltados para estes profissionais, descontextualizando seus fazeres para o exercício do cargo.

Nesse ensejo, como parâmetro norteador, foram utilizados os seguintes questionamentos na condução desta pesquisa: como está sendo desenvolvido e organizado o trabalho do coordenador da ESF? Que concepção de gestão está sendo adotada pelos coordenadores da ESF? Como se dá a coordenação no que se refere ao acompanhamento, monitoramento, avaliação, planejamento, participação social, educação permanente e normatização? Quais as dificuldades e os fatores potencializadores no exercício da coordenação na ESF?

A pesquisa pressupõe um caráter bastante relevante, na perspectiva que o governo brasileiro vem dando destaque a ESF como eixo de reorientação das práticas de saúde na Atenção Básica. A análise do processo do trabalho dos

coordenadores que serão indagados para participarem do estudo que nos colocamos a realizar tem como intuito proporcionar, tanto para o serviço assistencial e gestão no município onde o presente autor desta pesquisa atua, como para outros municípios, subsídios para que as diferentes formas de fazer a coordenação nas variadas realidades municipais possam ser repensadas, com foco na melhoria da qualidade das ações desenvolvidas.

Soma-se a reduzida quantidade de estudos encontrados no meio científico, que pudemos comprovar através de uma pesquisa *on-line*, realizada em 08 de agosto de 2012, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) (através do site <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/index.php>), sem a exclusão de nenhuma base de dados que a compõe e sem nenhum corte de tempo, através da qual foram pesquisados artigos utilizando-se os descritores correlacionados (separados por and) trabalho, gestão em saúde (o termo coordenação em saúde não consta) e programa saúde da família, de acordo como constam nos Descritores e Ciências da Saúde (DeCS), sendo encontrados apenas 131 estudos (que após filtragem, configuraram 127, haja vista que quatro desses artigos aparecerem de forma repetida) dentro de um universo de 21.138.517 e após análise desses estudos citados, selecionamos apenas 37 que tinham alguma relação direta ou indireta com o processo de trabalho da coordenação ou gerência na ESF, sendo que desses: 05 contemplavam outros componentes de coordenação, como do cuidado e do trabalho na ESF; 07 referiam-se à gestão de sistemas de saúde; 15 tratavam do processo de trabalho na perspectiva da produção do cuidado e/ou trabalho enquanto equipe de saúde da família, 07 apontavam para o gerenciamento de unidades básicas de saúde da família (UBSF); e foram encontrados apenas 02 estudos que trabalhavam o processo de trabalho da coordenação da ESF, como está pautada esta pesquisa, reforçando a relevância deste estudo que nos propomos a realizar, na construção de saberes acerca do que se é proposto.

Teve também um enfoque que permeia prover ao meio acadêmico e científico uma reflexão sobre as práticas que vêm sendo desenvolvidas no cenário da coordenação da Estratégia Saúde da Família, na perspectiva de se fazer cumprir as proposições de mudanças que a caracterizam, tornando-as mais próximas e condizentes às necessidades da população.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar o processo de trabalho dos coordenadores da Estratégia Saúde da Família dos municípios da 12ª Regional de Saúde do Ceará, tendo como referência os princípios e as diretrizes norteadoras dessa Estratégia.

2.2 Objetivos específicos

Elaborar o perfil sociodemográfico, educacional e profissional dos coordenadores da ESF;

Descrever as principais práticas que estão sendo desenvolvidas pelos coordenadores da ESF;

Conhecer o modelo de gestão adotado pelos coordenadores da ESF;

Identificar as fragilidades que permeiam o ato de coordenar a ESF.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 O Sistema Único de Saúde: (Re)Construção Histórica, Social, Política e Organizacional

A conquista do SUS, na história do Brasil, pode ser considerada o maior movimento de inclusão social já visto, garantido constitucionalmente, uma consolidação do compromisso do Estado brasileiro para com os direitos sociais dos seus cidadãos. (BRASIL, 2007a).

Os pensamentos mais pronunciados e fundamentados para a consecução de mudanças no sistema de saúde do Brasil anterior ao SUS, mesmo que vários movimentos sociais no país já apontavam para esse acontecimento, deu-se a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que foi sediada em Alma-Ata (Cazaquistão, antiga URSS), no ano de 1978, na qual, depois de variadas discussões, foi estabelecido num plano mundial, através do documento final desse evento, a Declaração de Alma-Ata, sendo o ponto culminante na discussão contra a elitização da prática médica até então vigente, de acordo com Brasil (2011d), e que evidenciou a necessidade da participação direta e efetiva dos Estados na saúde do seu povo, por meio da implantação de políticas de saúde que tenham como objetivo final o bem-estar físico, mental e social como direitos fundamentais dos seus habitantes, priorizando-se principalmente os cuidados primários.

Tornou-se evidente também que a saúde deve ser considerada a mais importante meta social mundial, destacando-se a necessidade de integração com os diversos setores sociais e econômicos para a sua realização da forma como se concebe. (VENTURA, 2003).

De acordo com Medeiros Júnior e Roncalli (2004), no mesmo período que se dava o acontecimento histórico supracitado, referente à saúde mundial, ocorria no Brasil um movimento de clamor coletivo por mudanças diretas e efetivas nas políticas, objetivando-se a redemocratização do país e o fim da ditadura militar, com uma grande intensificação na década de 1980, tendo como pano de fundo manifestações populares para realização de eleições diretas na escolha de um presidente civil e, no concernente ao campo da saúde, a garantia de uma atenção

abrangente, democrática, igualitária, universal, com participação popular, à defesa do caráter público do sistema de saúde e à descentralização (BRASIL, 2011d), perfazendo o que ficou conhecido como movimento pela Reforma Sanitária no país, que teve como principais atores sociais os intelectuais, as lideranças políticas, os profissionais da saúde, os movimentos estudantis universitários e os movimentos sindicais, além de outros grupos, tendo como ponto de partida o esgotamento do modelo médico assistencial privatista vigente. Nesse bojo, conforme Babia (2008), destacamos a criação, em 1976, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que reunia vários profissionais da saúde, com objetivos afins.

No país, desenvolviam-se serviços estatais com corpo de servidores públicos e modalidades de gestão típicas de Estado de atenção à saúde, como a Fundação Oswaldo Cruz, o Instituto Butantã, as escolas de Saúde Pública, as universidades e os hospitais públicos, o departamento de preventiva, os serviços próprios dos Institutos de Previdência e depois do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), além de uma rede de centros de saúde, em geral, de gestão estadual ou do Ministério da Saúde, como a Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP). Uma boa proporção dos ativistas do movimento sanitário era profissionais, pesquisadores, docentes ou estudantes que serviam nestas organizações, os quais tiveram papel relevante não somente na elaboração do projeto político do que seria o SUS, como também em constituir um “bloco sanitário” com setores populares, sindicais, políticos profissionais e com o poder executivo, assegurando-se uma das bases sobre a qual se desenvolveria o projeto de organizar-se um sistema nacional de saúde no Brasil. (CAMPOS, 2007).

Alguns desses profissionais desenvolveram a estratégia de se aproximar da base social do país, sindicatos, organizações de bairro e de comunidades urbanas e rurais, implementando projetos de saúde comunitária na atenção básica, ensaiando modelos de participação comunitária. (VASCONCELOS, 2004). Desses ideais, surgiu uma das diretrizes originais e inovadoras do SUS em relação a outros sistemas nacionais de saúde: a gestão participativa com controle social do governo pela sociedade civil. (CAMPOS, 2007).

Alguns participantes do movimento estreitaram laços com políticos, deputados constituintes e de gestores públicos, ainda durante os anos oitenta, exercendo sobre estes influências que culminariam na elaboração da legislação e ao

ordenamento legal do sistema. Com isso, o movimento conseguiu envolver partidos políticos e autoridades governamentais com importantes aspectos do projeto de reforma sanitária. (RODRIGUEZ, 2003).

O referido movimento sanitário, inspirou-se no processo de mudança no sistema de saúde italiano denominado Reforma Sanitária do qual se originou a Lei nº 833, de 1978, sobre a *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*, haja vista haver uma convergência entre as mudanças teórico-conceituais almejadas pelo movimento sanitário brasileiro acerca das concepções sobre as relações entre saúde, Estado e sociedade e os ideários italianos, assim como as lutas pelas liberdades democráticas contra o regime militar traziam bases para a formulação e tradução operacional da Reforma Sanitária Brasileira. (BABIA, 2008).

A autora supracitada relata que durante o I Simpósio de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979, o Cebes levantou um documento intitulado “Saúde é Democracia”, trazendo indagações sobre a real necessidade de mudança do sistema de saúde brasileiro, apontando para a criação de um sistema único, com a transformação das ações de saúde em bens sociais gratuitos sob responsabilidade do Estado, partindo-se de uma base eficaz de financiamento.

Nos anos subsequentes, como colocam Sousa e Costa (2010), culminou-se uma grande insatisfação popular, ainda sobre gestão de um governo militar, de modo que o povo brasileiro viu-se imerso em vários conflitos sociais, com pronunciadas desigualdades, um grande número de desempregados, grande percentual de miseráveis, formação de filas intermináveis na busca da assistência à saúde.

Em 1985, segundo Escorel *et al.* (*apud* SOUSA; COSTA, 2010), concebeu-se no Brasil uma Nova República com o fim do regime militar, decaindo as repressões às manifestações populares e, dessa forma, lideranças do movimento sanitário passaram a assumir de forma efetiva posições-chaves nas instituições responsáveis pela política de saúde no país, no bojo da coalização partidária somada a mobilização social, como coloca Babia (2008).

Nesse contexto, o lema “saúde é democracia”, embalado pelas lutas pela reforma sanitária (BABIA, 2008), concebeu-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, que foi formalizada com uma intensa participação popular, somando-se

mais de 4000 pessoas, das quais 1000 eram delegados com direito a voz e a voto. (BRASIL, 1986).

Esse evento se fez como um dos grandes marcos da saúde no Brasil, sendo visto como o momento mais significativo na proposição de uma plataforma e de estratégias do movimento pela democratização da saúde em toda sua história, podendo ser considerado como o marco inicial da Reforma Sanitária brasileira (BRASIL, 1986; ESCOREL *et al. apud* SOUSA; COSTA, 2010).

De acordo com as premissas dessa conferência, evidenciou-se que as modificações no setor da saúde transcendiam os marcos de uma simples reforma administrativa e financeira, e neste ideário foram trabalhadas firmemente algumas especificidades, como a necessidade de ampliação do conceito de saúde e a implantação de um novo Sistema Nacional de Saúde, assim como a real necessidade da separação do setor saúde da previdência, sendo promulgada uma reorientação da política de financiamento para o setor saúde no país (BRASIL, 2011d).

O relatório final da referida conferência trouxe a consolidação de um instrumento que veio tecer influências significativas sobre as responsabilidades do Estado no que se refere a assegurar o direito à saúde para toda a população, sendo garantidas as condições ideais de acesso e qualidade dos serviços, perfazendo-se como referencial para a elaboração da nova Constituição de Saúde do Brasil (BRASIL, 1988 *apud* BRASIL, 2011d).

Nessa conjuntura de mudanças, de acordo com Sousa e Costa (2010) e Brasil (2011d), estabeleceu-se como principal objetivo a ser alcançado à implantação de um sistema de saúde articulado com atribuições e competências para os níveis Federal, Estadual e Municipal, culminando assim, inicialmente como política de transição, em 1987, a construção do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), como uma necessidade imediata, tendo como princípios básicos a universalização, a equidade, a descentralização, a regionalização, a hierarquização e a participação comunitária, sendo um modelo que passaria por transformação progressiva para o Sistema Único de Saúde (SUS), constituindo-se em um novo arcabouço institucional, com a separação total da saúde em relação à previdência social.

Nesse ensejo, propôs-se a criação de um grupo executivo da Reforma Sanitária a ser convocado pelo Ministério da Saúde em concomitância a implantação do SUDS, sendo denominada Comissão Nacional da Reforma Sanitária, constituindo-se em uma estratégia ponte para “[...] a reorientação das políticas de saúde e para a reorganização dos serviços, enquanto se desenvolvessem os trabalhos da Constituinte e da elaboração da legislação ordinária para o setor.” (CORDEIRO, 2004).

No efervescer dessas lutas, em 1988, foi promulgada a Nova Constituição do Brasil, conhecida como “Constituição Cidadã”, vindo redefinir as prioridades da política do Estado no campo da Saúde Pública. Por meio do artigo 196, a saúde é colocada como um direito de todos e dever do Estado, “[...] garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução de riscos de doença e de outros agravos, o acesso universal às ações e serviços que direcionam a promoção, proteção e recuperação da saúde”.¹³ (BRASIL, 1988, p12.)

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a Constituinte, em 1988, podem ser considerados o cadinho que unificou todas as tendências da reforma sanitária. (CAMPOS, 2007, p. 1869).

Após a consolidação de diversas propostas em relação ao setor de saúde apresentadas na Assembleia Nacional Constituinte, tendo como referência o relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde, foi concebida na Constituição Federal de 1988 a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), confirmando ser a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado pelos princípios de universalidade, equidade, integralidade e organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com participação da população (CONASS, 2003), constando em seu aparato a definição de saúde como:

[...] direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e possibilitando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988, p13.).

A referida constituição traz no Capítulo II, artigo 198, a definição do SUS:

[...] as ações e os serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. (BRASIL, 2011b, p24.).

De acordo com Babia (2008), a expressão SUS aponta, em sua base conceitual, ao formato e aos processos jurídico-institucionais e administrativos concernentes com a universalização do direito à saúde, com acesso irrestrito a toda rede de instituições, serviços e ações que o compõe.

De acordo com a mesma autora, a expressão único refere-se à unificação do sistema previdenciário, do Ministério da Saúde e das secretarias estaduais e municipais de saúde, com a incorporação das ações de saúde desenvolvidas pelo INAMPS pelo Ministério da Saúde, corroborando com a universalização do acesso a todas ações e cuidados da rede assistencial pública e privada contratada e ao comando único em cada esfera de governo.

Nesse contexto, a Constituição reconhece a saúde como de “relevância pública”, sendo, dessa forma, concebido ao poder público a sua regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde. (BRASIL, 2011a).

Ressaltamos que, a criação do SUS movimentou radicalmente todas as estruturas do setor saúde até então vigente, haja vista que antes de sua criação o Ministério da Saúde realizava quase que exclusivamente ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como campanhas de vacinação e controle de endemias. A expansão do acesso ao cuidado médico-sanitário vinha ocorrendo sem que se invocasse qualquer forma de socialização da atenção. (CAMPOS, 2007).

O setor público tinha seu aparato de atuação na chamada assistência médico-hospitalar por intermédio do INAMPS, uma autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social, e a Assistência à Saúde e que beneficiava apenas os trabalhadores da economia formal, segurados do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) e seus dependentes, não tendo caráter universal, ficando o restante da população pobre a mercê da caridade. (SOUZA, 2002).

Nesse contexto, o Estado servia como um seguro estatal de grandes proporções, que mais dinamizava o mercado da saúde do que o substituía. (BAHIA, 2005). A lógica da compra de serviços pairava na contabilidade de procedimentos realizados, o Estado funcionava como intermediário entre prestadores privados e o consumidor, com a preservação da centralidade da remuneração por procedimento

diagnóstico ou terapêutico presente na racionalidade do modelo liberal. (CAMPOS, 2007).

Dessa forma, segundo Babia (2008), o SUS foi gestado na perspectiva de ruptura com os esquemas assistenciais direcionados a segmentos populacionais específicos, sejam os recortados segundo critérios socioeconômicos, sejam os definidos a partir de fundamentos nosológicos, na perspectiva de uma assistência mediada pelos prestadores privados.

A criação do SUS com todos os seus princípios foi garantida na Constituição, mas ainda havia a necessidade de Leis que regulamentassem a forma de como o SUS aconteceria. Assim, como consta em Brasil (2011a), foram necessários ainda mais dois anos de discussões para a formalização e aprovação da Lei complementar que formalizaria as bases operacionais à Reforma e daria uma maior sustentabilidade a construção do SUS, sendo gestada então a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que passou a dispor, segundo Brasil (1990), sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, passando a regulamentar em todo o território nacional as ações e os serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

A referida Lei concebe que o SUS é

[...] constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde em caráter complementar. (BRASIL, 2011a *apud* BRASIL, 1990, p21.).

Nessa mesma conjuntura, as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integrem o SUS deverão ser desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, obedecendo aos princípios organizativos e doutrinários: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; equidade; descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do

Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; participação da comunidade; regionalização e hierarquização.

Dentre essas diretrizes do SUS, as duas que veem buscando alcançar maior legitimidade são a do acesso universal e da atenção integral a todo e qualquer tipo de procedimento considerado necessário para intervir sobre o processo saúde e doença. Essas duas diretrizes, na teoria, têm elementos que as enquadram tanto com o desenho socializante da tradição europeia dos sistemas nacionais, quanto com a tradição norte-americana, liberal-privatista. (CAMPOS, 2007).

Em seu arcabouço jurídico, a Lei 8080 não regulamentou como seria a participação e o controle social, assim como seria o financiamento da saúde, sendo concebida em seguida, no mesmo ano, a Lei nº 8.142, que

[...] dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde, entre outras providências. Também instituiu as Conferências e os Conselhos de Saúde em cada esfera de governo. (BRASIL, 1990, p15.).

As referidas leis condicionam o papel do município como o principal executor das ações de saúde, vindo ao encontro do processo de descentralização que já havia sido determinado na 8ª Conferência de Saúde e que significava um avanço e contraposição ao modelo ditatorial vigente naquele momento. (SOUSA; COSTA, 2010).

Com o passar do tempo, segundo Babia (2008), a legislação ordinária foi sendo complementada por diversos decretos de autoria do poder executivo ou do legislativo e várias normas emanadas do Ministério da Saúde, destacando-se as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), que, além de trazerem elementos para organização do SUS no país, dispuseram um leque de regras que organizaram as formas de repasse dos recursos federais às esferas subnacionais, no tangente às implantações das ações conferidas pela legislação do SUS.

Com a mudança de governo em 2003, esse processo foi temporariamente interrompido, perfazendo-se um debate acerca da opção excessivamente “normativa” adotada durante a década de 90, sendo incorporados os Pactos da Saúde, em 2006, que teve como objetivo instituir um processo de negociação

permanente entre gestores, no sentido de garantir a implementação de políticas e ações prioritárias. (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Neste contexto, segundo os mesmos autores, o Ministério da Saúde tentou modificar a estratégia adotada anteriormente no tangente à indução da tomada de decisões no âmbito estadual e municipal a partir de incentivos financeiros, por outra centrada no compromisso político entre os gestores das variadas esferas, a ser pactuado no espaço das Comissões Intergestores Tripartite, a nível nacional, e das Comissões Intergestores Bipartites, em cada estado, mediante a assinatura de “Termos de Compromisso” pactuados politicamente.

Após vários enfoques defendidos nas lutas pela melhoria do SUS, em especial no que se refere à gestão e ao financiamento, foi concebido o Decreto nº-7.508, de 28 de junho de 2011, que veio regulamentar a Lei nº 8.080/90 que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. (BRASIL, 2011e).

Esse decreto veio preencher uma lacuna no arcabouço jurídico do SUS, ou seja, explicitar o papel da regulação e da estrutura organizativa deste, aspectos tão importantes para a consolidação e aprimoramento permanente de sua gestão, mas ainda não trouxe os elementos necessários para o fortalecimento do financiamento, que se configura como um dos grandes dilemas do sistema de saúde brasileiro, perpassando pela Emenda Constitucional nº 29, até sua regulamentação por meio da Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012, que também não consegue convergir na sua plenitude com os ideários do SUS, no momento que não definiu uma receita advinda da União, de tal forma como definiu a dos municípios e estados, permanecendo-se o subfinanciamento do setor.

O SUS passa por um momento de intensos avanços, mesmo que imerso em muitos desafios a serem superados, apresenta resultados inegáveis e exitosos para a população brasileira, em especial, da camada anteriormente excluída do acesso aos serviços e ações de saúde, dos quais se destacam a evolução da Estratégia Saúde da Família, do Programa Nacional de Imunizações, do Sistema Nacional de Transplantes, do Programa de Controle de HIV/AIDS, entre outros. (BRASIL, 2006g).

Com mais de duas décadas, o SUS consolidou-se como a maior política de Estado do País, promovendo a inclusão e a justiça social, como consequência de

uma permanente construção coletiva através do diálogo, da composição e da busca do acordo. Com a consolidação do princípio da universalidade, todos os brasileiros passaram a ter o direito de acesso aos serviços do SUS, sem nenhuma restrição. É dever do SUS ofertar a todos os brasileiros um conjunto de serviços sanitários e socialmente necessários. (BRASIL, 2011a).

Entre 1980 e 2003, houve, no Brasil, um aumento médio de 8,8 anos na esperança de vida ao nascer, com os homens ganhando 7,9 anos e as mulheres, 9,5. Exalta-se também uma queda de 60,2% na mortalidade infantil. (NORONHA; PEREIRA; VIACAVA, 2005). Percebemos, também, uma diminuição importante na mortalidade por doenças infecciosas, contraposto ao avanço das cardiovasculares, do câncer, distúrbios da subjetividade, aumento da mortalidade por causas internas, com destaque para a violência. No enfrentamento de epidemias, houve avanço na cobertura vacinal, levando a uma importante diminuição nas incidências de doenças suscetíveis à prevenção por vacinação, ocorreu relativo controle da epidemia de AIDS, mas o mesmo não pôde ser constatado em relação à tuberculose, leishmaniose e malária. (BRASIL, 2006f).

Podemos elencar alguns outros resultados obtidos pelo SUS, a saber:

- No ano de 2010, a estratégia Saúde da Família já somava mais de 30.300 equipes, distribuídas em mais de 5.000 municípios, perfazendo uma cobertura de mais de 96 milhões de habitantes, tendo como consequência uma redução significativa da mortalidade infantil, a ampliação do número de consultas de pré-natal, a diminuição da desnutrição e ampliação da adesão à vacinação;
- O sarampo foi eliminado no país em 2007; debelou a transmissão do cólera em 2005, da rubéola, em 2009, assim como a transmissão vetorial de Chagas, em 2006;
- Houve uma redução significativa de óbitos referentes a outras onze doenças transmissíveis, como tuberculose, hanseníase, malária e Aids;
- O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) atende mais de 100 milhões de brasileiros e oferece uma resposta rápida à população;
- As políticas brasileiras de saúde também reforçam a luta contra o tabaco e, nos últimos anos, reduziram 15% do percentual de fumantes no país;

- O SUS é o maior fornecedor de medicamentos e o mercado de genéricos está crescendo com o aumento de novos registros de medicamentos;
- O Brasil é o segundo em número absoluto de transplantes realizados ao ano em todo o mundo, sendo mais de 90% pelo SUS;
- O Programa Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids (PN-DST/Aids) está entre as políticas de maior reconhecimento nacional e internacional, que tem como principal missão reduzir a incidência e melhorar a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids;
- O Brasil tem um dos mais completos e bem-sucedidos programas de imunizações do mundo;
- O desenvolvimento de ações de promoção da saúde, como a política de academia em saúde.

Ao longo dos anos, o Brasil passou a ser reconhecido a nível mundial, pelos avanços do SUS enquanto sistema de saúde universal, haja vista as conquistas. O setor deve ser visto ainda, como um espaço de produção, desenvolvimento, criação de empregos e de riqueza para a nação e como fator imprescindível ao desenvolvimento. (BRASIL, 2011a).

Mesmo com os inquestionáveis avanços percebidos após sua criação, as crises vivenciadas no mundo contemporâneo na época, como as financeiras, sociais e institucionais, tiveram interferência direta na implementação do SUS na forma como foi idealizado constitucionalmente, perfazendo alguns entraves, permeando-se um grupo significativos de desafios. (REIS *et al.*, 2007).

Segundo Sousa e Costa (2010), o arcabouço jurídico que fundamenta o SUS, como responsável por ações de promoção, prevenção e recuperação de saúde, apresenta propostas completas para um sistema de saúde nacional pautado na universalidade, na integralidade e na equidade. Porém, sua efetivação torna-se de difícil realização, haja vista características típicas do país, que possui dimensões territoriais continentais e que enfrenta uma série de desafios sociais, econômicos, políticos, com inúmeras desigualdades. São diversos os problemas a enfrentar, a começar pela situação de vida dos cidadãos, é imprescindível considerar a participação dos determinantes socioeconômicos no processo saúde-doença. Dessa

forma, faz-se de extrema importância a integração entre o setor saúde com diversos outros para se alcançar o estado de saúde de fato e de direito.

O sistema de saúde universal do Brasil está consolidado como uma política de grande inclusão social, mas continua enfrentando vários desafios constantemente, dos quais destacamos:

[...] a qualificação da gestão e do controle social, o fortalecimento e a qualificação da Atenção Básica como estratégia organizadora das redes de cuidado em saúde, as dificuldades no acesso às ações e serviços de saúde, a fragmentação das políticas e programas de saúde, a organização de uma rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, o reconhecimento da autonomia dos entes federados, o financiamento, entre outros. Esses dilemas conjunturais desafiam os gestores e precisam ser assumidos como responsabilidades para a concretização do SUS que queremos (SOUSA; COSTA, 2010, [s.p.]).

As referidas autoras colocam ainda que as mudanças pelas quais o SUS está passando representam potenciais desafios aos gestores em todas as esferas de governo.

Nessa perspectiva, podemos considerar que o SUS enfrenta um descompasso no que se refere ao que está escrito e ao que é realizado, levando muitas vezes a descrença da população brasileira num sistema de saúde universal, levando milhões de pessoas a procurar por serviços, planos ou seguradoras de saúde privados, mesmo com abusivos valores. Esse fato pode ser comprovado pelo constante aumento das demandas recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) referente ao aumento da mensalidade de operadoras e planos de saúde. (BRASIL, 2011c).

O sistema de saúde suplementar faz-se necessário e importante num país com inúmeras desigualdades sociais, como o Brasil, na existência de uma grande concentração de renda numa reduzida parcela da população, tornando-se necessária a utilização do sistema privado por aqueles que tenham maiores condições financeiras. O SUS também vem consolidando parcerias com o setor privado, em caráter complementar de ações, devido à insuficiência na disponibilidade e oferta de determinados serviços públicos, sendo mais pronunciada na atenção hospitalar e na oferta de serviços especializados de alto custo e densidade tecnológica. (VASCONCELOS; PASCHE, 2006).

Obstante, Vasconcelos (2005 *apud* SOUSA; COSTA, 2010) afirma que os gestores têm apresentado dificuldades para promover a integração entre estados, municípios e as redes assistenciais estatais com os serviços de abrangência nacional, levando a uma gama de problemas, como no que se refere ao acesso aos serviços e ao comprometimento da universalidade e integralidade.

Tal fato agrava-se, de acordo com os mesmos autores, com a existência de gestores que estão mais preocupados com campanhas políticas eleitorais do que com a saúde dos seus cidadãos, transfigurando-se na incidência de falhas graves no sistema. Neste escopo, consideramos que a melhoria da gestão concretiza-se, conseqüentemente, num melhor aporte de recursos financeiros do setor, com distribuição equânime e uso racional desse investimento, melhor remuneração salarial para os profissionais da saúde, havendo o incentivo para estabelecimento de vínculos, hoje ainda muito precarizados, levando a desmotivação e ao desestímulo entre os servidores.

Esta precarização do trabalho acaba por culminar na realização de um trabalho sem compromisso com a Comunidade, sem o estabelecimento de vínculos profissionais-usuários, que é um dos pilares da política de atenção básica do país: a Estratégia Saúde da Família (ESF), perfazendo uma relação fantasiosa entre empregador/empregado (SOUSA; COSTA, 2010).

Fica a interrogação, o SUS seria uma reforma incompleta, já que seu desvelar vem ocorrendo de maneira heterogênea, visto que existem desigualdades no atendimento e na utilização dos serviços de saúde, há problemas de financiamento, de gestão do sistema, do trabalho em saúde, do financiamento, dentre outros?

De tal modo, consideramos que após 24 anos de sua implantação o SUS ainda mostra muitas fragilidades no seu devir. Tendo um rápido olhar para o cotidiano dos serviços de saúde que vivenciamos na realidade e que é constantemente mostrado pela mídia, deparamo-nos com uma soma de iniquidades que são suficientes para mostrar as deficiências desse sistema. Desafios estes que correlacionamos com as perversas desigualdades no acesso e utilização dos serviços atingindo diretamente os mais vulneráveis, o mau atendimento, as grandes filas, a superlotação dos prontos atendimentos, a escassez de recursos materiais e humanos nas unidades de saúde, a insuficiência no número de leitos hospitalares, a

extensiva demora para a marcação de exames e consultas especializadas, a priorização de ações curativas em detrimento das de promoção da saúde e as fragilidades da estratégia saúde da família, configurando algumas das evidências da flagrante inadequação entre o que está colocado no arcabouço jurídico-legal do SUS e a realidade dos serviços de saúde.

Outra reflexão necessária é sobre o comportamento contraditório dos rumos que são dadas as ações do sistema de saúde brasileiro que, de um lado, é um dos poucos no mundo que possibilita a realização de transplantes em larga escala, disponibiliza acesso à hemodiálise e a medicamentos contra a Aids, mas que, por outro lado, em muitas situações, não consegue garantir a distribuição de medicamentos básicos ou a realização de consultas médicas básicas, levando milhares de pessoas, cotidianamente, amontoarem-se nas salas de espera das emergências sem atendimento adequado. É um sistema que se afirma no princípio da integralidade da atenção, mas que ainda se observa na realidade dos serviços um tratamento “desumanizado”, fragmentado e centrado em procedimentos biomédicos, com pouca ênfase na promoção da saúde.

Enquanto processo, a Reforma Sanitária enfrentou-se com obstáculos consideráveis nos últimos vinte anos, apesar das conquistas indiscutíveis. Além da insuficiência e instabilidade do financiamento público para o SUS, persistem problemas de gestão, especialmente no que diz respeito aos estabelecimentos de saúde como hospitais e serviços de atenção básica. A falta de profissionalização de gestores, a descontinuidade administrativa, o clientelismo político e a interferência político-partidária no funcionamento dos serviços comprometem a reputação do SUS perante os cidadãos e a expectativa dos servidores públicos enquanto trabalhadores e partícipes de um projeto civilizatório do escopo da Reforma Sanitária Brasileira. (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1820).

O SUS nasceu baseado no que se era defendido por meio da reforma sanitária, que se contrapunha ao modelo liberal privatista exercido pelo Estado brasileiro na época, com princípios alicerçados em um sistema público e autônomo, como capacidade de oferecer serviços de saúde para toda a população. Segundo Campos (2007), atualmente, o que acontece de concreto, são misturas, mesclas hibridadas, com comportamentos dos sistemas que predominam a racionalidade dos sistemas nacionais e públicos e outros típicos de um sistema liberal-privatista.

O modo liberal-privatista é representado pelos prestadores privados, tendo nos médicos, entre outros profissionais, o seu principal intelectual orgânico, na

definição das formas de organização da atenção e da oferta de serviços. Esta concepção vem sendo defendida por partidos e políticos de tendência conservadora, bem como economistas, administradores e jornalistas, tendentes a defender o mercado como ordenador das relações sociais. (CAMPOS, 2007).

Assim, trazemos as seguintes reflexões: de que forma as duas tradições vêm se inserindo e contribuindo com o processo brasileiro de construção de um sistema de saúde? As duas são de fato necessárias? E os ideários da reforma sanitária, estão sendo esquecidos?

No concreto, os discursos e práticas estão misturados, compondo elementos originários da tradição dos sistemas públicos com outras pró-mercado, o que produz uma tensão permanente entre estatização e privatização da atenção e da gestão à saúde.

Hoje o SUS é praticamente um híbrido entre estas duas tradições. Resta-nos descobrir se isto favorece a qualificação da saúde da maioria ou tem como pano de fundo o fortalecimento dos interesses empresariais e corporativos. Resta-nos averiguar até que ponto, mesmo que nos dias atuais seja necessária a sobrevivência do SUS, não lhe retirou potência, não lhe retirou a possibilidade de se reproduzir enquanto espécie singular.

Em síntese: no Brasil, o concreto real resultante de toda esta história de conflitos é a existência de um SUS esgarçado, de uma reforma sanitária incompleta. Vale ressaltar que esse conflito deu-se entre estes dois blocos sanitários, entre grupos de interesse restritos. A maioria da sociedade vem assistindo a esta peleja com grande distanciamento e indiferença. Talvez pudéssemos repetir que a maioria da sociedade acompanha esta peleja “bestificada”. (CAMPOS, 2007. p. 1869).

O SUS tem demonstrado idas e voltas para se constituir e para sobreviver, mesmo que os dois principais adversários – o ideário neocapitalista e a tradição degradada dominante na gestão pública brasileira – pareçam estar cada dia mais fortes e influentes. A direção a ser percorrida na busca do avanço pela reforma sanitária dependeria em se privilegiar, por meio de consenso, elementos da tradição dos sistemas públicos, buscando-se, desta forma, resolver uma série de ambiguidades discursivas e pragmáticas, que tem permitido ao ideário liberal-privatista sobreviver para além do conveniente e do necessário. (CAMPOS, 2007).

Como colocam Sousa e Costa (2010, p.12),

[...] vislumbra-se, assim, para o enfrentamento dos desafios, a articulação entre os atores envolvidos, gestores, servidores e usuários, com o desejo de fazer o melhor para a população brasileira, cabendo a todos os comprometidos trabalharem em prol do êxito do SUS, a fim de que as políticas públicas sejam bem aplicadas e possam constituir meios que promovam a qualidade de vida das pessoas.

3.2 A Atenção Primária em Saúde (APS)

3.2.1 Aspectos históricos e conceituais

No âmbito mundial, temos pensado a Atenção Primária à Saúde (APS) como um modelo que tem como finalidade prover a organização da atenção à saúde, com o intuito de prover respostas de forma regionalizada, contínua e sistematizada na grande maioria das necessidades de saúde de uma população, havendo a integração entre as ações preventivas e curativas, bem como a atenção individual e coletiva. Segundo Matta e Morosine (2008), estas concepções e denominações refletem as experiências que se convencionaram chamar internacionalmente de APS.

Historicamente, segundo os mesmos autores, os ideais da atenção primária passaram a fazer parte da organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920, do Dr. Bertrand Dawson, Lord Dawson of Penn (*apud* Ximenes Neto, 2007), documento do governo inglês. Sua elaboração teve como objetivo,

[...] de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano³ de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade. (MATTÁ; MOROSINE, 2008, p. 44).

³ Com a necessidade de prover uma maior proteção dos trabalhadores mediante ao intenso desenvolvimento do capitalismo industrial na década de 1920, impulsionou-se a adoção de novo modelo, que teve seus referenciais as recomendações do relatório elaborado pela equipe de Abraham Flexner, nos Estados Unidos, que apareceu como oportuno para época e contribuiu para que o modelo sanitário campanhista cedesse espaço à assistência individual curativa, sob a lógica de seguro social. As referidas recomendações traziam os seguintes elementos: centralidade no profissional médico e nas ações curativas, com atuação de preferência em hospitais; ênfase na pesquisa; estímulo à especialização e valorização do avanço tecnológico (MAESENEER, 2003 *apud* CUNHA, 2009).

Matta e Morosine (2008) complementam afirmando que o referido relatório traz uma proposta de organização do modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Nesse ensejo, os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam ter seus atendimentos organizados de forma regionalizada, por meio da qual a maior parte dos problemas de saúde deveria ser resolvida por médicos com formação em clínica geral. Quando o médico não tivesse condições de solucionar os casos que surgissem com os recursos disponíveis no referido âmbito da atenção deveria prover o encaminhamento para os centros de atenção secundária, que prestariam assistência de forma especializada, ou então, para os hospitais, quando existisse indicação de internação ou cirurgia, caracterizando o que hoje chamamos de hierarquização dos níveis de atenção à saúde.

Quando Dr. Dawson definiu o Centro de Saúde como a instituição médica responsável pelo desenvolvimento da atenção à saúde no nível primário, trouxe uma considerável aproximação da concepção atual de que permeia a APS. Definiu o Centro de Saúde como a instituição equipada com serviços de medicina preventiva e curativa, conduzida por um médico generalista do distrito. O Centro de Saúde Primário deveria modificar-se de acordo com o tamanho e complexidade das necessidades locais, assim como da situação da cidade. Os pacientes deverão ser atendidos majoritariamente com médicos generalistas de seu distrito e manterão os serviços de seus próprios médicos. (LAGO; CRUZ, 2001, p. 7 *apud* ANDRADE *et al.*, 2007).

Os serviços domiciliares de um dado distrito devem estar baseados num Centro de Saúde Primária, uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o apoio de consultores e especialistas visitantes. Os Centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, e com sua localização na cidade ou no país. Mas, a maior parte deles são formados por clínicos gerais dos seus distritos, bem como os pacientes pertencem aos serviços chefiados por médicos de sua própria região. (MINISTRY OF HEALTH, 1920 *apud* MATTÁ; MOROSINE, 2008, p. 45).

Essa nova concepção veio proferir influência na organização dos sistemas de saúde de vários países em todo o mundo, definindo características básicas que a aproxima da APS. (MENDES, 2002). Matta e Morosine (2008) trazem

duas concepções que permeiam essa aproximação: a primeira refere-se à organização dos serviços de forma regionalizada, na perspectiva que os serviços de saúde devem estar organizados de forma a atender as diversas regiões nacionais, distribuídas a partir de bases populacionais delimitadas, bem como devem identificar e trabalhar as necessidades de saúde de cada região. A segunda característica é a integralidade, na medida em que promove o fortalecimento da indissociabilidade entre ações curativas e preventivas.

Mesmo com os preceitos defendidos por Dowson, de meados da década de 1920 até a década de 1970, o que observamos foi a valorização progressiva no modelo Flexeriano, com propulsão da atenção individual-curativo, com atendimentos pontuais e em que prevalecia a percepção da causa biológica no processo de adoecimento. (CUNHA, 2009).

Em meio aquele período, mais especificamente na década de sessenta, com a crescente crise concebida pela expansão de serviços cada vez mais especializados é que ressurgirá nos Estados Unidos um movimento conhecido como medicina ou saúde comunitária, que transcreve duas vertentes principais, os Departamentos de Medicina Social e Preventiva de centros universitários e o contexto da “guerra à pobreza” proposta pelo Governo Federal. A emergência e difusão dessas propostas confluem com a conjuntura de crise econômica e do modo de acumulação instalada nos países centrais a partir dos anos 70 e com o enfrentamento de uma situação explosiva determinada pelo crescimento de periferias urbanas, entre outros problemas. (DONNANGELO; PEREIRA, 1976; BREILH, 1979 *apud* CONILL, 2008).

Diante do esgotamento do modelo biomédico, em 1978, como colocam Matta e Morosine (2008), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) promoveram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, da qual nasceu um acordo entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS, a qual ficou internacionalmente conhecida como Saúde para Todos no Ano 2000. Dessa conferência, construiu-se um documento que ficou conhecido como Declaração de Alma-Ata, sendo assinado por 134 países, a qual traz a seguinte definição de APS, aqui denominada cuidados primários de saúde:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1979, p. 1).

A prioridade para a Atenção Primária defendida pela referida conferência, somado a proposta de Medicina Comunitária, que surgiu nos Estados Unidos na década de 1960, fomentaram uma gama de argumentos que fortaleceram as críticas ao hospital como espaço privilegiado de atenção à saúde e a centralidade médica, passando a dar maior visibilidade às ações de promoção, de prevenção e de tratamento, realizadas em Centros de Saúde e em outros tipos de unidades básicas. (HARZHEIN *et al.*, 2006).

A Conferência de Alma-Ata, segundo Ximenes Neto (2007, p. 34), trouxe os elementos essenciais à APS:

[...] educação em saúde; promoção da alimentação e nutrição saudável; água potável e saneamento básico; cuidados à saúde materno-infantil, incluindo o planejamento familiar e a imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas próprias de cada território; tratamento apropriado de doenças e lesões comuns; e o fornecimento de medicamentos essenciais. Apontou, também, a necessidade de um trabalho intersectorial que contribua com o desenvolvimento nacional e comunitário, envolvendo agricultura, pecuária, produção de alimentos, indústria, educação, sistema habitacional, obras e serviços públicos, comunicações e muitos outros setores.

A Carta conferida pela Conferência de Alma-Ata veio deixar claro a ineficiência da medicina tecnológica com foco na especialidade para dar respostas a dois terços dos problemas de saúde da humanidade, concebendo um apelo aos governantes de todos os países a formulação e o desenvolvimento de formas simplificadas da atenção médica destinada às populações carentes do mundo inteiro. (LUZ, 2003).

Em 1979, os pressupostos trazidos pela Declaração de Alma-Ata foram deliberadas na Assembleia Mundial de Saúde, quando a OMS conclamou a todos os países membros a adotarem estratégias nacionais, regionais e globais, sendo estabelecido formalmente a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”. (STARFIELD, 2002). Foi reconhecido que metade da população mundial não era beneficiária de um adequado atendimento à saúde, sendo reconhecido a APS como um novo enfoque de saúde e um novo critério de serviços para reduzir a distância que separa a “elite” e os “carentes” e prover uma distribuição mais equitativa dos recursos em saúde e um nível de saúde que provesse acesso a todos os cidadãos do mundo. Em 1980, as estratégias para alcançar a meta “Saúde para Todos no Ano 2000” foi aprovada para as Américas pelo Conselho Diretivo da Organização Pan-Americana da Saúde. (OMS/UNICEF, 1979 *apud* RIBEIRO, 2007).

Nesse contexto, segundo Matta (2005), a Declaração de Alma-Ata vai além de um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde, ela aponta para a necessidade de sistemas de saúde universais, concebendo a saúde como um direito humano; a redução dos astronômicos gastos com armamentos e conflitos bélicos e o aumento de investimentos em políticas sociais para o desenvolvimento das populações excluídas; fortalecimento do acesso aos medicamentos essenciais à população de acordo com as suas necessidades; a visão ampliada de que a saúde é o resultado das condições econômicas e sociais, e das desigualdades entre os diversos países; assim como verbaliza que os governos nacionais devem ser protagonistas da gestão dos sistemas de saúde, estimulando o intercâmbio e o apoio tecnológico, econômico e político internacional.

A Conferência de Alma-Ata influenciou aos países, desenvolvidos ou não, uma referência fundamental para as reformas sanitárias ocorridas nos anos 80 e 90 do último século, concebendo a produção de uma consciência sanitária, com foco nos serviços próximos às famílias, sujeitos e comunidades, mesmo que as suas premissas não tenham sido alcançadas plenamente como concebidas. (BRYANT *et al.* *apud* XIMENES NETO, 2007; MATTOS, 2000). Nesse contexto, Mattos (2000) traz ainda que vários países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, mesmo com as propostas referendadas, optaram em adotar a APS, entendendo-a limitadamente como apenas um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e

econômica decorrentes da expansão do capitalismo global, provendo um distanciamento do caráter universalista da Declaração de Alma-Ata e da ideia de defesa da saúde como um direito.

A APS, concebida como política de cunho público, foi implantada em países da Europa desde meados do século XX, vindo a Conferência de Alma-Ata proporcionar o consenso de que a Atenção Primária seria a estratégia fundamental e a porta de entrada do sistema de saúde com capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde da população. (STARFIELD, 2002).

No Brasil, ocorreram algumas ações pontuais que configuravam alguns elementos da APS seletiva, no início do século XX até meados da década de 1970, antes da ocorrência da Conferência de Alma-Ata, como coloca Ximenes Neto (2007):

- a) os cuidados primários à saúde materna e infantil, como formas de preservação da vida e produção de mão-de-obra para a lavoura e comércio;
- b) o sanitarismo campanhista, com o intuito de combate as epidemias, que apresentava um perfil campanhista-policia;
- c) as ações higienistas, que em determinado momento, apresentavam-se como a principal política de saúde;
- d) a criação dos Centros de Saúde, a partir da década de 1920, no eixo São Paulo e Rio de Janeiro, com o intuito de desenvolver cuidados à saúde de determinados grupos populacionais, dos territórios em que estavam inseridos, além de ações de educação e promoção da saúde e prevenção de doenças;
- e) os Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), criado em 1942, que trabalhava na lógica das campanhas, teve sua atuação inicial na Amazônia, prestando atenção aos sujeitos que serviam como mão-de-obra para indústria de extração e exportação da borracha e de minérios; em seguida, ocorreu a interiorização no país, através das ações de saneamento e assistência à saúde da população;
- f) nos anos 1960, com o fortalecimento do modelo hegemônico médico assistencial privatista, a APS foi desenvolvida pelas Secretarias de

Saúdes, seguindo o modelo sespiano, que focalizava as ações na prevenção de doenças e na promoção da saúde, com a incorporação da atenção médica centrada no binômio materno-infantil, nas doenças carenciais e infecto-contagiosas, organizadas a partir dos históricos programas de saúde pública (MENDES, 2002a, p. 25 *apud* XIMENES NETO, 2007);

- g) em 1976, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), criado inicialmente no Nordeste, objetivava organizar serviços locais de saúde. O PIASS intensificou o processo de descentralização, criou a carreira de Sanitarista e incorporou um grande número de atendentes. Segundo Mendes (1999, *apud* XIMENES NETO, 2007), com o PIASS, a rede ambulatorial pública aumentou de 1.122 para 13.739 em dez anos, alcançando abrangência nacional em 1979.

Ao longo da década de 1970, a aquisição de novas tecnologias pesadas, que levou ao aumento significativo dos custos sem haver uma melhora significativa de resultados, assim como a pressão pelo aumento da extensão da cobertura de serviços de saúde a pessoas não beneficiárias da previdência social levou a um consenso coletivo por meio de críticas mais contundentes em relação ao modelo individual-curativo. Nesse bojo, nasceram propostas de implementação de modelos alternativos, de forma complementar ou substitutiva, concebendo-se como prioridade da agenda do setor saúde brasileiro. (SHI, 2001).

No Brasil, os ideais propostos em Alma-Ata inspiraram as primeiras experiências alternativas de implantação de serviços de saúde de porte municipais no final da década de 1970 e início de 1980, mesmo em meio a um modelo hospitalocêntrico vivenciado na época, trazendo alguns aportes conceituais e práticos para a organização dos mesmos (SCOREL, 1998 *apud* GIL, 2006). Destacamos, como descreve Mendes (2002), a Ação Programática em Saúde na Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo, nos anos setenta; Medicina Geral e Comunitária desenvolvida em Porto Alegre, em 1983, pelo grupo Conceição, em um bairro pobre da cidade, o Murialdo; e o do Médico de Família, implantado em Niterói, em 1992, que foi um modelo de influência cubana.

Nos países com sistemas de saúde universais, como os da Europa, o Canadá e a Nova Zelândia, a APS faz parte da política dos governos, contrapondo-se à fragmentação dos sistemas de saúde, à superespecialização e ao uso abusivo de tecnologias médicas, que levam a necessidades questionáveis de consumo de serviços de saúde. Nesse ensejo, mesmo constatando-se que esses sistemas citados possuem diferentes arranjos operativos, pode-se convergir princípios similares, quais sejam: primeiro contato, coordenação, abrangência ou integralidade e longitudinalidade. O acúmulo de publicações vem reforçando esses princípios, mais especificamente nos países desenvolvidos, que vêm demonstrando um impacto positivo da APS na saúde da população, no tangente ao alcance de maior equidade, na maior satisfação dos usuários e nos menores custos para o sistema de saúde. (BRASIL, 2011a).

O Brasil também já apresenta estudos de grandes amplitudes que delineiam o impacto da expansão da APS no país. (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, *apud* BRASIL, 2011a).

Nesse contexto, podemos observar que a APS vem desvelando-se como um elemento primordial na construção dos sistemas nacionais de saúde, com capacidade de modificar positivamente os indicadores de saúde e com um considerável potencial regulador da utilização dos recursos de alta densidade tecnológica⁴, perfazendo a garantia do acesso universal aos serviços que tragam reais benefícios à saúde da população.

As Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde (em Ottawa-Canadá, 1986; Adelaide-Austrália, 1988; Sundsval-Suécia, 1991; Bogotá-Colômbia, 1992; Liubliana-Eslovênia) foram muito importantes para a disseminação e a construção da APS no mundo, em especial, no Brasil (BRASIL, 1996a), por meio de compromissos assumidos pela OMS durante a Assembleia Mundial de Saúde de 1979, objetivando-se referendar os cuidados primários e as necessidades de ações intersetoriais, como é colocado por Ximenes Neto (2007).

No desvelar da definição de APS, além da citada anteriormente trazida pela Carta de Alma-Ata e tomada como referência para este estudo, observamos uma pluralidade de outros conceitos advindos de alguns estudiosos e governos, na perspectiva de acompanhar o processo de efetivação da APS como política de

⁴ O termo alta densidade tecnológica refere-se a equipamentos e instrumentais médico-hospitalares, via de regra de alto custo (BRASIL, 2011a).

reestruturação dos sistemas de saúde. Nessa perspectiva, apontaremos alguns que se aproximam do que foi concebido em Alma-Ata e outro anterior a esta.

A Academia Americana de Médicos da Família definiu APS, na década de 1970, como a

[...] forma de aporte de cuidados médicos que acentua o primeiro contato e assume a responsabilidade continuada na manutenção da saúde e no tratamento das doenças do paciente. Estes cuidados personalizados implicam uma interação única da comunicação entre o paciente e o médico, que inclui a coordenação da atenção aos problemas de saúde do paciente, tanto biológicos, psicológicos como sociais (ANDRADE *et al.*, 2007, p. 784).

Outra definição que trazemos, que foi formulada pouco tempo após a Conferência de Alma-Ata, em 1984, refere-se à conferida pelo pesquisador cubano Cosme Ordoñez:

O conjunto de atividades planejadas de atenção médica que tem como objetivo alcançar melhor nível de saúde para o indivíduo e a comunidade, aplicando a metodologia científica com a ótima utilização dos recursos disponíveis e a participação ativa das massas organizadas (LAGO, 2001 *apud* ANDRADE *et al.*, 2007, p. 785).

Em 2002, Starfield (2002, p49.) definiu APS como sendo

[...] uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo de atenção, por meio da qual se busca integrar todos os aspectos desses serviços e que tem por perspectiva as necessidades de saúde da população. Em sua forma mais desenvolvida, a atenção primária é o primeiro contato com o sistema de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população ao longo do tempo e busca proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos.

Segundo Ribeiro (2007, p11.), o Ministério da Saúde inicialmente trabalhou na perspectiva de uma definição simplista de APS, ao colocá-la como sendo apenas “[...] um conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, situados no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para promoção da saúde, prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”, sendo divulgada amplamente. O próprio Ministério da Saúde reconhecia que essa definição levava a interpretações reducionistas da real noção de APS, haja vista apontar apenas para

alguns tipos de ações e de forma genérica, além de classificá-la como primeiro nível de atenção, mas não provia uma articulação com outros níveis de atenção.

Nesse bojo, como traz o mesmo autor, com o avanço das ações de APS no país, o Ministério da Saúde, em parceria com o Conselho Nacional de Secretários (CONASS), elaborou uma definição mais abrangente do que seja APS:

[...] um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo que envolve: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios - território-processo - bem delimitados, das quais assumem responsabilidade. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância das populações. É o contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade - ao sistema -, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social. A APS deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável. (CONASS, 2003, p. 7).

Diante da reflexão sobre todas as definições de APS até aqui elencadas, podemos perceber um enfoque filosófico de como ela é concebida, mas timidamente infere os processos de trabalhos técnicos, o que pode induzir divergências na sua interpretação e implantação das reformas necessárias. Esta limitação conceitual traz a ineficiência na definição de possibilidades para inserção em realidades distintas econômicas, sociais e políticas. Dessa forma, como coloca Ribeiro (2007), as definições que vem surgindo desde a promulgação da Carta de Alma-Ata são alvos de reflexões e críticas por pesquisadores.

O referido autor coloca ainda que as concepções atuais do que seja APS configuram-se como genéricas, pois não trazem definições dos processos técnicos de trabalho, articulando saberes, instrumentos tecnológicos e profissionais e, dessa forma, devido à imprecisão das noções propostas, ficam inviabilizadas práticas como planejamento de serviços e a avaliação, deixando brechas para que várias formas de se trabalhar a APS sejam implantados em realidades distintas, distanciando-se muitas vezes das premissas do modelo que se almeja.

Nessa perspectiva, podemos considerar que as definições sobre APS aqui colocadas devem ser revistas e complementadas de forma contínua, no bojo de

se diminuir os vieses entre o que se quer realmente e o que se faz, passando-se a fazer parte das agendas de pesquisadores em saúde.

As diferentes interpretações dos conceitos dados no que se refere à abrangência e o escopo da atenção primária, assim como a evolução de sua implantação e implementação nos diversos países e continentes, levaram à utilização de distintos termos para caracterizá-la. Brasil (2011a) traz, ainda, que essa polissemia é vista tanto na literatura internacional quanto na nacional.

Nesse contexto, surgiram derivações distintas, e continuam surgindo, que apontam o que se considera avanço ou especificidade em relação à proposta original, desde que a visão de atenção primária foi proposta em Alma-Ata. Nesta lógica, tem-se: atenção primária à saúde, atenção primária seletiva⁵, atenção primária orientada para a comunidade e, mais recentemente, a atenção primária renovada⁶ (BRASIL, 2011a). Ribeiro (2007) traz ainda outra denominação, como estratégia de modelo assistencial.

No que se refere à construção histórica brasileira, podemos encontrar diferentes interpretações para a APS. Na primeira metade dos anos 1980, concebeu-se a noção de que os cuidados primários de saúde tinha um caráter de programa de medicina simplificada para os pobres de áreas urbanas e rurais, o que

⁵ Na APS seletiva, “[...] o conjunto de atividades e serviços são os seguintes: identificação e controle de doenças prevalentes, prevenção e controle de doenças endêmicas, monitoramento do crescimento, técnicas de reidratação oral, amamentação e imunização; algumas vezes incluíam ainda complementação alimentar, alfabetização de mulheres e planejamento familiar, educação em saúde, promoção da saúde mental, provisão de drogas. Deve ser diferenciada da atenção primária orientada para a comunidade, que é uma terminologia utilizada para uma abordagem de atenção primária surgida em áreas rurais da África do Sul na década de 1940, que busca prover serviços integrados de saúde pública e assistência. A partir de alguns pressupostos: definição de uma população-alvo, definição dos programas comunitários a serem desenvolvidos, uso complementar de habilidades clínicas e epidemiológicas; acessibilidade; envolvimento da comunidade na promoção de sua saúde; coordenação das atividades incluindo a integração de diferentes tipos de cuidado, especialidades, serviços e instituições; abordagem da atenção à saúde de largo escopo e inclusiva.” (KARK; KARK, 1983 *apud* BRASIL, 2011a).

⁶ Denominação trazida por meio de um documento intitulado como Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas e lançado pela Organização Pan-Americana de Saúde / OMS em agosto de 2005, com o intuito de aproximar a APS às reais concepções elencadas em Alma-Ata, com a obtenção de ganhos de saúde sustentável para todos. “Há diversos motivos para adotar uma abordagem renovada da APS, incluindo: o surgimento de novos desafios epidemiológicos que exigem a evolução da APS para enfrentá-los; a necessidade de corrigir os pontos fracos e as inconsistências presentes em algumas das abordagens amplamente divergentes da APS; o desenvolvimento de novas ferramentas e o conhecimento de melhores práticas que a APS pode capitalizar de forma a serem mais eficazes; e um crescente reconhecimento de que a APS é uma ferramenta para fortalecer a capacidade da sociedade de reduzir as iniquidades na área da saúde. Além disso, uma abordagem renovada da APS é vista como uma condição essencial para cumprir os compromissos da Declaração do Milênio, abordando os determinantes sociais de saúde e alcançando o nível mais elevado de saúde que se pode atingir, para todos.” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA, 2005, p. 2).

acabou por afastar o tema do centro das discussões à época, que ponderava o modelo hospitalocêntrico de cunho privado. (PAIM, 2003).

De acordo com Heimann *et al.* (2011), no Brasil, ações governamentais voltadas para o fortalecimento da APS tiveram ênfase a partir da década de 1990, como política para orientar a organização do sistema de saúde e responder as necessidades da população, que exige o entendimento da saúde como direito social e o enfrentamento dos determinantes sociais para promovê-la.

Após a proposição das premissas da Reforma Sanitária fazer-se presente no país, Ribeiro (2007) coloca que, de todos os sentidos supracitados, o de maior potencial de prover mudanças significativas no processo de trabalho em saúde foi a APS como estratégia de um novo modelo assistencial, englobando as reformas institucionais no sistema de saúde nacional e dos processos técnicos de atuação dos profissionais.

Esse novo modelo assistencial hoje é conhecido como Estratégia Saúde da Família que, inicialmente, na sua criação em 1994, foi considerada como um programa, chamado de Programa de Saúde da Família (PSF), sendo definido pelo Ministério da Saúde como

[...] um modelo de assistência à saúde que vai desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, através de equipes de saúde, que farão o atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária. (BRASIL, 1994b, p. 6).

Estaremos abordando as premissas sobre essa estratégia mais adiante, ainda neste capítulo.

O Ministério da Saúde do Brasil optou em utilizar o termo atenção básica para designar a APS, na perspectiva de modelo para reversão do modelo assistencial até então vigente. Alguns autores tentam explicar essa designação, ao trazerem explicações distintas, como por no tangente a diferenciação da concepção seletiva da Atenção Primária (GIOVANELLA *et al.*, 2009), assim como a necessidade de construção de uma identidade institucional própria (BRASIL, 2003a), como também devido à ambiguidade terminológica que gera a palavra primário(a) no que se refere à língua portuguesa, causando confusão, falta de clareza e ausência de consenso em relação ao sentido ou propósito da APS no país. (FAUSTO, 2005).

Outra concepção tida como referência para a adoção do termo foi a ideia trazida por Testa (1992), quando coloca que os cuidados primários de saúde podem ser interpretados como “política de focalização e como atenção primitiva à saúde”, ideia essa também concebida por Madeira (2009), criando-se no Brasil uma terminologia própria, importante naquele momento histórico.

Ximenes Neto (2007) defende outra concepção para a escolha do termo atenção básica no país, justificando que o governo brasileiro fez esta escolha por não conceber, naquele momento histórico, que o país tinha as condições necessárias para a adoção de todas as premissas que caracterizam um modelo baseado na APS em toda sua completude.

O termo atenção básica parece limitado, não permitindo um enfoque mais arrojado das políticas nesse nível e nem o incremento da gestão nos diferentes níveis governamentais. A APS, em sua concepção mundial, exige políticas sólidas, transversais, transdisciplinares, e uma mobilização governamental de todos os setores da administração pública, para que destinem os recursos a tais ações sanitárias de promoção da saúde e prevenção de doenças, com o intuito de efetivação da ‘Saúde para Todos’. Sair de uma concepção de atenção básica para APS, exige do governo brasileiro, um ordenamento fiscal e orçamentário mais imperioso para o setor saúde e dos gestores e trabalhadores de saúde, uma postura, práticas e saberes necessários à resolução dos problemas e superação das necessidades sociais e sanitárias das famílias, sujeitos e comunidades. (XIMENES NETO, 2007, p. 271).

Santos (2007, p. 16) corrobora com as posições de Ximenes Neto (2007), ao afirmar que o termo atenção básica “[...] dá ideia de algo muito simples, elementar e, portanto, de baixa importância e significado, e o que é pior, de baixo impacto.”.

No tangente a literatura mundial pouco se encontra o uso da terminologia “atenção básica à saúde”, como coloca Sousa (2004 *apud* XIMENES NETO, 2007), pois, devido ao pacto mundial emanado pela Declaração de Alma-Ata, o termo usualmente utilizado é APS.

Atualmente, entre os estudiosos brasileiros não há um consenso entre os mesmos sobre que termo utilizar, como coloca Ximenes Neto (2007), até mesmo o Ministério da Saúde que em alguns documentos publicados e eventos organizados vem utilizando a terminologia internacionalmente reconhecida de Atenção Primária à Saúde.

Nesse bojo de discussões sobre o significado epistemológico, histórico e de modelo de atenção, o Ministério da Saúde oficializou que esses termos se equivalem ao pensá-los como políticas de saúde, por meio da publicação da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica neste país. (BRASIL, 2011f).

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos Atenção Básica e Atenção Primária a Saúde, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos os termos: os princípios e as diretrizes definidos neste documento. (BRASIL, 2011f, p. 3).

Mediante as colocações até aqui elencadas e o uso de forma internacional, teremos como preferência a adoção do termo APS, mesmo que, em muitas das vezes, possa trazer o termo atenção básica, pois é o que é adotado no Brasil.

Assim como na APS, o conceito de atenção básica no país vem sofrendo variações históricas.

Em 1999, o Ministério da Saúde lançou inicialmente a definição de Atenção Básica como um “[...] conjunto de ações de caráter individual e coletivo que engloba a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação, e constitui o primeiro nível da atenção do SUS.” (BRASIL, 1999, p. 8). Definição esta já discutida anteriormente como APS, no bojo de sua reduzida abrangência.

Em 2003, o Ministério da Saúde lança outra definição, que veio ampliar a concepção anterior:

[...] um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, prestação do cuidado – tratamento e reabilitação – desenvolvidas através do exercício de práticas gerenciais, democráticas e participativas, e sanitárias, pautadas numa abordagem transdisciplinar, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios – território-processo – bem delimitados, das quais assumem responsabilidade, utilizando tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem ser resolver a maioria dos problemas de saúde das populações – de maior frequência e relevância –, sendo seu contato preferencial com o sistema de saúde, orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social (BRASIL, 2003d, [s.p.]).

Três anos depois, com a oficialização da Política Nacional da Atenção Básica no país, por meio da Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, adotou-se como definição:

[...] caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A ABS considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006d, p. 10).

Em 21 de outubro de 2011 foi lançada a Portaria nº 2.481 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica e, atualmente, é utilizada como referência no país, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), na qual Atenção Básica à Saúde se caracteriza

[...] por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2011f, p. 2).

Definição essa adotada em concomitância com a definição de atenção primária, como ponto de reflexão para este estudo.

3.2.2 A Atenção Primária em Saúde como um modelo de atenção

No subcapítulo anterior, fizemos um passeio sobre alguns aspectos históricos importantes sobre a APS no mundo e no Brasil, assim como a construção

dos aspectos conceituais até o que se tem sobre a APS e atenção básica. Neste subcapítulo, iremos nos aprofundar sobre a APS na sua essência, princípios, diretrizes, aspectos organizacionais, como uma política de saúde, na perspectiva de mudança de modelo de saúde.

A ampliação da compreensão de saúde potencializou a consciência das limitações dos serviços tradicionais de saúde para atender às necessidades de saúde de toda a população. A saúde passou a ser vista como uma questão social, econômica, política e um direito fundamental. (BERKMAN; KAWACHI, 2000 *apud* ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA, 2005).

Como estratégia fundamental e mola propulsora dessa inversão na forma de se pensar a saúde, destacamos a APS, como um modelo de atenção, que possui características únicas e próprias, que a definem e diferenciam dos demais níveis de atenção, por diversos aspectos, de acordo com Brasil (2011a, p. 29):

[...] dedica-se aos problemas mais frequentes (simples ou complexos) que se apresentam, sobretudo em fases iniciais, e que são, portanto, menos definidos. Nas unidades de saúde, consultórios comunitários, escolas ou asilos e nos espaços comunitários, observam-se grande variedade de necessidades em saúde, forte componente dedicado à prevenção de doenças, alta proporção de pacientes já conhecidos pela equipe de saúde e maior familiaridade dos profissionais, tanto com as pessoas quanto com seus problemas.

Paim (2003, p. 162) define modelo de atenção como

[...] uma dada forma de combinar técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas. É uma razão de ser, uma racionalidade, uma espécie de lógica que orienta a ação.

A APS tem valores, princípios e elementos próprios, por meio da qual busca unir todos os aspectos desses serviços e que tem como referência as necessidades de saúde da população, configurando-a como um modelo de atenção. Na sua essência, a APS é o primeiro contato com os sistemas de saúde e o local responsável pela organização do cuidado à saúde dos indivíduos, suas famílias e da população de forma longitudinal e busca proporcionar equilíbrio entre as duas metas de um sistema nacional de saúde: melhorar a saúde da população e proporcionar equidade na distribuição de recursos. (STARFIELD, 2002).

Ela leva em consideração a pessoa em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que tragam efeitos deletérios as formas de viver de modo saudável. (BRASIL, 2011a).

A APS foi gestada como um modelo de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, tendo como embasamento as necessidades em saúde da população, tendo como valores a busca por um sistema de saúde voltado a enfatizar a equidade social, a corresponsabilidade entre população e setor público, a solidariedade e um conceito de saúde amplo. (TAKEDA, 2004).

De acordo com Starfield (2002), várias evidências demonstram que a APS tem capacidade para dar respostas a 85% das necessidades em saúde, através da realização de serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde, provendo a integração dos cuidados em meio a mais de um problema, levando-se em consideração os diferentes contextos de vida, influenciando as respostas das pessoas aos seus problemas de saúde.

De acordo com a OMS (*apud* XIMENES NETO, 2007), ao longo dos anos surgiram alguns mitos em relação à APS, perpassando a necessidade de serem desconstruídos:

- a) não é apenas um programa de serviços de saúde com tempo determinado, mas um elemento essencial do sistema sanitário;
- b) não deve ser considerada como uma atenção de segunda classe, destinada exclusivamente às zonas rurais e às pessoas pobres das periferias das cidades. Trata-se de um modelo que, quando organizado efetivamente, representa atenção de primeira qualidade, tanto para os habitantes da zona urbana, quanto da zona rural;
- c) não é um modelo que destina toda a responsabilidade da atenção à saúde aos sujeitos e as comunidades locais, mas que estimula o protagonismo.

A APS é, dessa forma, segundo Starfield (2002), uma forma de organização dos serviços de saúde que responde a um modelo de atenção, através do qual se busca integrar todos os aspectos desses serviços e que tem como referência as necessidades de saúde da população. De acordo com Brasil (2011a),

possui valores, princípios e elementos próprios que o caracteriza, como está descrito na Figura 01.

Nesse contexto, Starfield (2002) coloca que para se caracterizar um modelo baseado na APS deve-se haver qualidades únicas interdependentes e complementares que a caracterizam e diferenciam dos demais níveis de atenção: ser o primeiro contato (porta de entrada ao sistema de saúde), prover a longitudinalidade do cuidado (ou vínculo e responsabilização), garantir a integralidade e possibilitar a coordenação do cuidado (ou organização das respostas ao conjunto de necessidade). Traz ainda que, para avaliação desses atributos, há a necessidade de se observar outros quatro elementos estruturais, ou de capacidade, que são: acessibilidade, população-alvo, variedade de serviços e continuidade. Para fins didáticos, no tangente a compreensão dos contextos que permeiam a APS, essas características são, a seguir, apresentadas separadamente, mas que elas são interdependentes e complementares, não devendo ocorrer separadamente.

Figura 01 - Valores, princípios e atributos de um modelo de saúde baseado na APS

VALORES Expressam os valores dominantes em uma sociedade. São a âncora moral para as políticas e programas de interesse público.	Universidade
	Eqüidade
	Integralidade
	Participação e controle social
PRINCÍPIOS Provêm as bases para a legislação, os critérios para a avaliação, critérios para a alocação de recursos.	Territorialização
	Intersectorialidade
	Carater substitutivo (baseado na pessoa e não na doença)
	Equipes multiprofissionais
	Baseado nas necessidades e expectativas das populações
ATRIBUTOS (OU ELEMENTOS OU CARACTERÍSTICAS DA APS) São a base estrutural e funcional do sistema de saúde. Permitem operacionalizar as políticas, os programas e os serviços.	Voltado para a qualidade de vida
	ÚNICOS DA APS:
	Primeiro contato
	integralidade
	longitudinalidade
	coordenação
	Derivados dos anteriores
	Enfoque na pessoa (não na doença) e na família
	Valorização dos aspectos culturais
	Orientado para a comunidade
	Não únicos da APS, mas essenciais:
	Resgistro adequado
	continuidade de pessoal
	Comunicação
	Qualidade clínica
	Defesa da clientela (advocacia)

Fonte: (BRASIL, 2011a, p. 20).

a) Primeiro contato (porta de entrada do sistema de saúde)

Significa acesso e utilização de um determinado serviço de saúde para cada nova necessidade de saúde ou novo aparecimento de uma mesma necessidade. Um serviço é considerado porta de entrada⁷ quando a população e a equipe identificam-no como a primeira referência de saúde a ser buscada quando há uma necessidade/problema de saúde. Dessa forma, para que essa busca seja efetiva, o serviço de saúde deve ser de fácil acesso e disponível, pois, caso contrário, a procura será inevitavelmente adiada, com elevada probabilidade de afetar negativamente o diagnóstico e o manejo do problema. (STARFIELD, 2002).

Ideia compartilhada com a Organização Mundial de Saúde, que considera ser a APS o primeiro nível de contato das pessoas, das famílias, e da comunidade com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde a aproximar-se consideravelmente do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1979).

Na efetividade da atenção primária como primeiro contato ou porta de entrada do sistema de saúde, devem estar presentes dois atributos essenciais: a acessibilidade, que é o elemento estrutural, e um de processos, que é a utilização dos serviços de saúde pela população, como coloca Starfield (2002).

De acordo com Brasil (2011a), na análise do acesso devemos observar dois componentes:

- a) o acesso geográfico, que se refere à distância e aos meios de transporte a serem utilizados na busca do cuidado;
- b) e o acesso sócio-organizacional, que se refere às características e recursos que facilitam ou impedem os esforços dos indivíduos em receber os cuidados de acordo com suas necessidades, como, por exemplo, o horário de funcionamento, a forma de marcação de

⁷ “O conceito de ‘porta de entrada’ ou ‘primeiro contato’ aqui utilizado encontra-se no contexto da organização de sistemas de serviços de saúde em atenção primária, secundária e terciária/quaternária. A atenção primária, capaz de responder a cerca de 85% das necessidades de saúde das populações, é considerada a mais adequada porta de entrada ao sistema de saúde para virtualmente todas as demandas. Serviços de emergência não se caracterizam como um ‘nível’ de atenção à saúde e a proporção de necessidades a que foram desenhados para responder (as emergências) é pequena no conjunto de necessidades das populações. Portanto, não são considerados ‘porta de entrada’ dentro desse conceito ampliado.” (BRASIL, 2011a, p. 29).

consulta, a presença de longas filas podem significar barreiras ao acesso. Outros aspectos a serem considerados são, dentre outros: o horário de funcionamento da unidade de saúde; o uso de horários alternativos; divulgação para população sobre a dinâmica do serviço; facilidade de acesso a idosos e pessoas com deficiência física; o tempo gasto na sala de espera; barreiras relacionadas à linguagem e ao gênero; as instalações físicas; a aceitabilidade das diferenças culturais; acesso a consultas de acordo com a classificação de riscos; o intervalo de tempo entre a marcação e a consulta; a disponibilidade para visitas domiciliares; a oferta de cuidados a grupos que não procuram espontaneamente a unidade de saúde; a busca ativa; a dinâmica de funcionamento da unidade; a organização do acolhimento; etc. Todas essas formas permeadas pela promoção e prevenção na saúde.

Neste ensejo, Frenk (1992 *apud* GOMES; SILVA, 2011) acrescenta que a acessibilidade aos serviços de saúde é proporcional à oferta efetiva de serviços e inversamente proporcional à resistência oposta ao atendimento dos cidadãos.

A utilização de um serviço de APS como o primeiro recurso de saúde por uma determinada população traz as seguintes vantagens (FORREST; STARFIELD, 1996; STARFIELD, 1985; FIHN; WICHER, 1988; HURLEY; FREUND; GAGE, 1991; MOORE, 1979; MOORE; MARTIN; RICHARDSON, 1979; O'TOOLE *et al.*, 1996; ROOS, 1979 *apud* BRASIL, 2011a, p. 31):

- a. ocorre redução dos seguintes aspectos: número de hospitalizações, tempo de permanência no hospital quando ocorre hospitalização, número de cirurgias, uso de especialistas em doenças, número de consultas para um mesmo problema e número de exames complementares;
- b. são maiores: o número de ações preventivas, a adequação do cuidado, a qualidade do serviço prestado e a oportunidade da atenção (maior chance que ocorra no tempo certo);
- c. as equipes de saúde, especialistas em APS, lidam melhor com problemas de saúde em estágios iniciais, utilizando a adequada abordagem: ver, esperar e acompanhar em contraposição aos especialistas em doenças que, acostumados a ver problemas em fases mais adiantadas, solicitam mais exames complementares e realizam mais procedimentos.

Um elemento que se apresenta como um fator de elevada relevância no contexto de um serviço com as características de porta de entrada, é o acolhimento, peça fundamental para consolidação de um serviço de saúde pautado nos princípios da humanização, pois, de acordo com Brasil (2004b), concebe-se como uma ação

tecnoassistencial que pressupõe a mudança da relação entre profissional e usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

Implantar o Acolhimento/Porta de Entrada nas unidades de saúde com a finalidade de facilitar o acesso aos serviços de saúde que, de acordo com Carvalho e Cunha (2006), organiza a porta de entrada da unidade de forma a acolher a todas as pessoas que chegam à unidade de saúde, na busca por responder aos problemas que aparecem de modo criativo, explorando ao máximo as tecnologias leves que dispõem. Essa ferramenta favorece uma boa qualificação do atendimento priorizando os casos mais necessários, resolvendo o máximo de problemas e assegurando o encaminhamento que se fizer necessário.

Ainda de acordo com esses autores, mediante o acolhimento/porta de entrada tem sido possível, em muitas situações, diminuir a demanda reprimida na rede básica pelas grandes filas, pelas reclamações cotidianas, pelo grande afluxo de serviços de atendimentos de usuários com problemas não emergenciais e pelas queixas da população. Através de escuta qualificada, os trabalhadores procuram ouvir e solucionar o problema e garantir, quando necessário, o acesso e o fluxo do usuário para outros serviços na mesma unidade básica ou em outros serviços da rede de saúde do município.

Para isso, é necessária uma organização do processo de trabalho da equipe e responsabilização dos trabalhadores pelo acolhimento/porta de entrada.

Prover assistência de forma equânime deve ser iniciativas nos serviços de saúde pública, de modo que aparece como princípio doutrinário do SUS, com fortalecimento através das propostas da Política Nacional de Humanização, com acolhimento das demandas e problemas, devendo-se trabalhá-los através de prioridades, tanto no que se refere à oferta de serviços de saúde, como na vertente humana.

b) Longitudinalidade do cuidado (ou vínculo e responsabilização)

O cuidado longitudinal, segundo Starfield (2002), é considerado a característica central e exclusiva da atenção primária em saúde, entendida como

uma linha de cuidados regulares a serem prestados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, de modo que esse cuidado longitudinal é estabelecido principalmente por meio do conhecimento do usuário por parte da equipe, inserido em seu contexto, considerando suas características sociais, econômicas e culturais. Brasil (2011a, p. 32) traz ainda que

[...] a essência da longitudinalidade é uma relação pessoal que se estabelece ao longo do tempo, independentemente do tipo de problemas de saúde ou mesmo da presença de um problema de saúde, entre indivíduos e um profissional ou uma equipe de saúde.

A longitudinalidade conota a oportunidade de uma equipe de APS de acompanhar os variados momentos do ciclo de vida das pessoas, de suas famílias, da própria comunidade e, assim, por intermédio dessa relação, a equipe conhece as pessoas, suas famílias e comunidade, e estes conhecem a equipe de saúde. O vínculo e a responsabilização complementam esse elemento da APS. (BRASIL, 2011a).

Gomes e Silva (2011, p. 898) reforçam a ideia ao colocarem que:

[...] a essência da longitudinalidade é uma relação pessoal ao longo do tempo, independente do tipo de problema de saúde ou até mesmo da presença de um problema de saúde, entre um paciente e um médico ou uma equipe de médicos e profissionais não médicos. Este atributo não deve ser analisado como restrito à atenção primária, mas extensivo aos outros níveis de atenção.

Os mesmos autores trazem ainda que, para consecução desse objetivo, faz-se necessária a obtenção do cuidado de forma continuada, com a garantia da continuidade da atenção em um *continuum*, de preferência através dos mesmos profissionais, ou com a utilização de outros aportes, como prontuários únicos ou mecanismos de informática que disponibilizem informações adequadas sobre a vida do cidadão, permitindo, dessa forma, a realização de intervenções eficazes, diminuindo os riscos de práticas danosas e possibilitando a recuperação do paciente.

É inegável que o estabelecimento de vínculos e o acolhimento são inseparáveis desse processo, mas não dão conta de todos os pormenores da longitudinalidade do cuidado, uma vez que suas ações se pautam, principalmente,

segundo Brasil *et al.* (2011 *apud* BARATIERI; MARCON, 2011), na realização de uma assistência integral aos indivíduos e famílias e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, em todas as fases do desenvolvimento humano, proporcionando melhoria da assistência. Possibilita ao profissional elaborar um plano de ação mais preciso e eficaz, devendo a equipe de saúde servir como fonte de atenção contínua, independente da presença ou ausência de problemas específicos relacionados à saúde ou ao tipo de agravo. (BARATIERI; MARCON, 2011).

Ações para o fortalecimento de vínculos entre o serviço de atenção básica e a população devem ser efetivadas, na perspectiva que, como colocam Brunello *et al.* (2010), o estabelecimento desse tipo de relação entre os usuários e a equipe de saúde contribui consideravelmente no conhecimento, por parte dos profissionais, dos reais e potenciais problemas da população atendida, assim como, facilita o relacionamento entre ambos, a fim de buscarem juntos as soluções dos problemas e a melhoria dos serviços, contribuindo, dessa forma, com a continuidade de tratamentos e, conseqüentemente, evitando consultas e internações desnecessárias.

De acordo com Schimith e Lima (2004), a formação de vínculo com os usuários do serviço de saúde favorece a ampliação da eficácia das ações de saúde, favorecendo a participação do usuário durante a prestação do serviço, objetivando-se a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto usuários, haja vista que não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. Machado (2007 *apud* MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009) reforça a ideia quando coloca que o vínculo envolve afetividade, ajuda e respeito, assim como estimula a autonomia e a cidadania em um ambiente de negociação, visando à identificação das necessidades, à busca da produção de vínculo, estimulando o usuário à conquista da autonomia quanto a sua saúde.

A longitudinalidade exige a presença de uma fonte regular de atenção, permitindo o seu uso ao longo do tempo, perfazendo-se a necessidade de uma unidade de saúde com equipes estáveis, haja vista que a rotatividade de profissionais nas equipes de saúde é um fator impeditivo do alcance da longitudinalidade na sua essência.

Podemos associar a longitudinalidade a diversas vantagens (WASSON *et al.*, 1984; STEWART *et al.*, 1997; BAKER, 1996; BAKER; STREATFIELD, 1996; RODEWALD *et al.*, 1997 *apud* BRASIL, 2011a, p32.),

[...] incluindo a menor utilização de serviços de saúde, melhor cuidado preventivo, atendimentos mais precoces e adequados, menor frequência de doenças preveníveis, maior satisfação das pessoas com o atendimento e custo total mais baixo.

Quando há estabilidade dos profissionais e dos serviços, observa-se com maior frequência que:

- os tratamentos instituídos são completados;
- são realizadas mais ações de prevenção, há melhor utilização dos serviços de saúde pela população que compreende e respeita os alcances e os limites das equipes de saúde;
- ocorre menor proporção de hospitalizações;
- aumenta a capacidade dos profissionais em avaliar adequadamente as necessidades das pessoas;
- há maior integralidade do cuidado e coordenação das ações e serviços;
- há maior satisfação dos usuários.

c) Integralidade

A integralidade, na sua essência, exige o entendimento das concepções fomentadas no conceito amplo de saúde, no qual necessidades biopsicossociais, culturais e subjetivas são reconhecidas; a promoção, a prevenção, e o tratamento são integrados na prática clínica e comunitária e a abordagem é voltada para o sujeito, sua família e seu contexto. Ela depende da capacidade de identificar as necessidades reais percebidas e as não percebidas pelos sujeitos, da abordagem do ciclo vital e familiar e da aplicação dos conhecimentos dos diversos campos de saberes. (BRASIL, 2011a).

A integralidade, segundo Cunha (2009), pressupõe que o fazer da atenção deve visualizar a “pessoa como um todo” e que suas necessidades sejam assistidas por meio de ações integradas de promoção da saúde, prevenção de doenças, além da cura e reabilitação; com a articulação intersetorial, interdisciplinar, intergovernamental e institucional, com o intuito de melhorar os níveis de saúde e a qualidade de vida dos sujeitos, famílias e comunidades.

Solla (2005) conflui com essas colocações quando coloca que o princípio da integralidade é garantido quando se estabelece ao sistema de condições relacionadas às variadas fases da atenção à saúde, ao relacionamento dos sujeitos

com os profissionais de saúde. As pessoas em suas individualidades e as coletividades devem contar com um atendimento diversificado, organizado e humano. Somam-se, então, as possibilidades de se promover, prevenir, restaurar a saúde e reabilitar sujeitos.

Segundo o Ministério da Saúde, a integralidade da atenção à saúde envolve:

[...] o conceito ampliado de saúde; a compreensão da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais; o conhecimento sobre a realidade; o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar; a ação intersectorial; o conhecimento e o trabalho com os perfis epidemiológicos, demográficos, econômicos, sociais e culturais da população de cada local e com os problemas, regionais, estaduais e nacionais (doenças prevalentes ou de impacto na saúde pública, como por exemplo, a dengue, tuberculose, hanseníase e malária). (BRASIL, 2010, p26.).

No tangente à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e promotoras da saúde, assim como, das práticas assistenciais. Dessa forma, não mais se admite deixar de prestar uma assistência pelo fato do não comparecimento do usuário e/ou família a unidade básica de saúde, haja vista que na perspectiva da integralidade e assistência familiar e domiciliar como eixo da APS o usuário do SUS não precisa dirigir-se a unidades de saúde distintas para receber assistência, seja curativa, seja promoção e prevenção. Nesse ensejo, a equipe de profissionais deve estar apta a executar desde ações de busca ativa de casos na comunidade adscrita, mediante visita domiciliar, até acompanhamento ambulatorial dos casos diagnosticados (tuberculose, hanseníase, hipertensão, diabetes, entre outras enfermidades) com o fornecimento de medicamentos, como ações educativas. (ALVES, 2008).

Giovanella *et al.* (2002) reforça colocando que o conceito de integralidade é composto por quatro dimensões: (1) priorização das ações de promoção e prevenção; (2) garantia de atenção no percorrer dos três níveis de complexidade da assistência médica; (3) articulação das ações de promoção, prevenção e recuperação e (4) abordagem integral do indivíduo e famílias. Esses autores relacionam essas dimensões a um diferente campo de intervenção, sendo a primeira ao campo político no que concerne à definição de prioridades; a segunda à organização do sistema de atenção; a terceira às ações gestoras do sistema e a quarta ao cuidado individual.

Esse delineamento converge com Xavier e Guimarães (2004), ao relatarem que a integralidade é um termo polissêmico cujo sentido está ligado à completude, à totalidade, à inteireza e à unidade.

As colocações conotam que seja uma condição essencial para integralidade na APS, como é elucidado por BRASIL (2011a), a atuação interdisciplinar das equipes de saúde da APS, tanto atuando nas unidades de saúde como nos territórios, situações cuja complexidade exige a intervenção coordenada de profissionais de diversas disciplinas. Ela exige que a APS, como colocam Gomes e Silva (2012), reconheça oportunamente a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las.

Para que a integralidade aconteça, é condição estrutural e essencial a disponibilidade de uma variedade de serviços, interpolando-se recursos que normalmente não são utilizados nos cuidados secundários, tais como visitas domiciliares, ações em organizações comunitárias e articulações intersetoriais para estratégias de promoção da saúde e prevenção de doenças. Nesse contexto, a decisão sobre quais são os serviços adequados torna-se uma vertente importante e deve ter como referência o conhecimento das necessidades da população. (BRASIL, 2011a).

No entendimento que a atenção primária é um modelo para organização da assistência em sistemas de serviços de saúde integrados, com um escopo de ações voltadas para garantia de uma atenção integral à saúde de uma determinada população, como colocam Gomes e Silva (2012), a integralidade exige que a atenção primária reconheça a variedade de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-las.

Nessa ideologia, a APS é um modelo que perpassa todo sistema de saúde. Consideramos que um país tem um sistema de saúde baseado na APS, no sentido mais profundo da expressão, quando este se caracteriza por justiça social e equidade, autorresponsabilidade, solidariedade internacional e a aceitação de um conceito amplo de saúde, com a compreensão da saúde como um direito humano e a necessidade de abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde. (BRASIL, 2011a).

3.3 A Estratégia Saúde da Família como modelo organizativo da APS

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é a principal estratégia organizativa da APS no SUS, que incorpora os seus princípios e diretrizes e atributos que, de acordo com Starfield (2002), representam uma prática de foco individual e coletivo que permite o alcance do cuidado integral.

Nessa conjuntura, como já foi expresso no item anterior, a prática da integralidade somente é possível mediante a presença dos atributos únicos da APS: acesso/primeiro contato, longitudinalidade, coordenação, orientação comunitária, orientação familiar e competência cultural.

A ESF, no Brasil, começou a ser desenhada no final da década de 1980, redesenhando-se os serviços de atenção primária até então vigentes e incorporando um ensaio por meio do Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), experimentado, inicialmente, pelo Estado do Ceará a partir de março de 1987, com intuito de prestar assistência à família com prioridade a promoção e proteção da saúde materno-infantil em função da maior vulnerabilidade, por meio da identificação da situação de risco individual e coletivo baseada na mobilização social e participação comunitária, com atuação em um território definido. (XIMENES NETO, 2007).

O PACS somente foi oficializado, a nível estadual, em uma conjuntura de seca, em dois de janeiro de 1988, por meio do Decreto Nº 19.945/1988 do Governo do Estado do Ceará, nascendo com o objetivo de melhorar o nível de saúde das populações carentes e estreitar a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde, assim como, melhorar a capacidade da comunidade de cuidar da saúde. (CEARÁ, 1991).

O agente comunitário da saúde era a figura central do PACS, um profissional para uma nova conjuntura e um novo fazer, sendo incorporado nos serviços de saúde de atenção primária. Esses agentes assumiam um território e proviam o acompanhamento de uma média de 100 famílias na área rural e 250 famílias na zona urbana, através de visitas domiciliares mensais.

A visita domiciliar era o cerne da atuação desses profissionais, através da qual, de acordo com Ximenes Neto (2007), tinham a missão de prover ações educativas referentes à prevenção do câncer cérvico-uterino; de prover um

acompanhamento longitudinal da gestante e dos sujeitos portadores de doenças crônicas e infectocontagiosas, como a tuberculose, hanseníase, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*; desenvolver ações de vigilância epidemiológica; prevenção da desidratação; promover a amamentação; acompanhar o crescimento e o desenvolvimento de crianças, em especial, as crianças desnutridas; realizar vigilância da vacinação; militar em ações de saneamento; encaminhar as pessoas aos serviços de saúde quando necessário; organizar e/ou participar de reuniões comunitárias; estreitar relações e trabalhar em conjunto com parteiras, rezadeiras e curandeiros.

Segundo o mesmo autor, o PACS trouxe um grande impacto nas condições de vida da população de baixa renda no Ceará, como também, em outras experiências pontuais localizadas em áreas estratégicas no país, avançando na descentralização da APS. O sucesso do programa levou o MS/Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), em 1991, a institucionalizar em nível nacional, o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS) que, posteriormente em 1992, passou a ser chamado pela comunidade sanitária de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

Nesse contexto, podemos afirmar que, segundo Costa, Fracolli e Chiesa (2007), o PACS foi gestado, na sua concepção inicial, como um método de extensão de cobertura dos serviços de saúde, com o objetivo de reduzir a mortalidade infantil e materna, principalmente, nas regiões Norte e Nordeste, focalizando as práticas de saúde na família e não no indivíduo, bem como, a visão que busca atuar de forma integrada com a comunidade, numa abordagem menos reducionista, não centrada unicamente na figura do médico.

O PACS buscava capacitar os Agentes Comunitários de Saúde,

“[...] para a execução de trabalhos no primeiro nível de atenção à saúde, como garantia de cuidados à população, contribuição para a extensão da atenção à saúde e o fortalecimento do elo entre serviço e comunidade” (COSTA; FRACOLLI; CHIESA, 2007, p. 125).

O agente comunitário de saúde, de acordo com Bichuetti *et al.* (2005, p. 435), é uma

[...] construção coletiva que institui na prática de saúde um novo protagonista, coletivo e híbrido, feito de *experts* de várias especialidades e

de *experts*-não-*experts* fabricados pela universidade da vida, gente do povo, da comunidade.

Nesse bojo, o Ministério da Saúde concebeu que o PACS traz elementos fundamentais para o aprimoramento e a consolidação do SUS, tendo como referência a reorientação ambulatorial e domiciliar, sendo compreendida como uma estratégia transitória para o Programa Saúde da Família (PSF). (BRASIL, 2002b).

No calor das discussões sobre os rumos da atenção primária no Brasil, tendo como pano de fundo os debates sobre a sustentabilidade do PACS, o então Secretário da Saúde de Juazeiro do Norte Luiz Odorico Monteiro Andrade apresentou ao Ministério da Saúde, no final de 1993, um projeto intitulado “Saúde da Família” (GOYA, 1996), plantando a semente para criação do PSF.

Após a apresentação e apropriação da proposta, em uma reunião ocorrida nos dias 27 e 28 de dezembro de 1993 em Brasília-DF, sobre o tema “Saúde da Família”, organizado pelo Ministro da Saúde Henrique Santillo com apoio do UNICEF, o PSF foi concebido, assentando-se na necessidade de uma nova proposta a partir do êxito do PACS e da real necessidade de incorporar novos profissionais para atuarem em conjunto com os agentes de saúde. (ROSA; LABATE, 2005). Salientamos que a supervisão do trabalho do agente comunitário de saúde pelo enfermeiro, da forma que ocorreu no Ceará, foi o passo inicial no processo de incorporação de novos profissionais.

Somando-se à expansão do PACS algumas outras experiências, como as experiências dos municípios de Quixadá, de Niterói referente ao Programa Médico de Família (PMF), e do Rio Grande do Sul, do Grupo Hospitalar Conceição com seus postos de saúde em que revitalizaram a antiga figura de médico de família, foram tomadas como exemplo para formulação do PSF. (XIMENES NETO, 2007).

O Ministério da Saúde, em 1994, com o objetivo de melhorar o estado de saúde da população por meio de programa de assistência voltado à família e à comunidade, com a inclusão de ações que trabalhem a proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças, institucionaliza o PSF, como um modelo de atenção à saúde resguardado pelos princípios da APS, com ações a serem desenvolvidas por equipes de saúde, com atendimento em unidade local de saúde e na comunidade. (BRASIL, 1994a).

Segundo Mendes (2002), o Ministério da Saúde definiu o PSF como uma política brasileira de APS, para adotar estrategicamente um modelo de organização do sistema de serviços de saúde no país.

A implantação do PSF reforça a tendência de valorização da família na agenda das políticas sociais brasileiras, com um direcionamento da APS em direção à incorporação de práticas preventivas, educativas e curativas mais próximas do dia-a-dia da população, com ações equânimes priorizando os grupos mais vulneráveis. (VASCONCELOS, 1999).

Ressaltamos, também, que essa iniciativa dinâmica de “olhar a família” aconteceu em muitos países e a consecução do PSF teve a seu favor o desenvolvimento anterior de modelos de assistência à família no Canadá, Cuba, Suécia e Inglaterra que serviram de referência para a formulação do programa brasileiro. (VIANNA; DAL, 1998 *apud* ROSA; LABETE, 2005).

De acordo com Reis *et al.* (2007), o PSF foi proposto muito mais do que uma nova estrutura, ele provê uma reforma nos modos de trabalho e no relacionamento entre profissionais e usuários. Rosa e Labate (2005) afirmam ainda que ele foi elaborado para modificar a forma de atuar na saúde, com propostas para mudar a antiga concepção de atuação dos profissionais de saúde, tratando o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade socioeconômica e cultural, considerando essa dimensão globalizante. Ele foi concebido não apenas como mais um programa ou campanha de saúde, mas sim uma nova estratégia para mudar o modelo assistencial vigente. (BRASIL, 1998b).

Embora tenha sido inicialmente rotulado como programa, o PSF, por suas características e especificidades, fugiu da concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde até a época, pois não se tratava de uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, caracterizava-se de fato como uma estratégia que possibilitaria a integração e promoveria a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados. (ROSA; LABETE, 2005).

Nesse contexto, o PSF aparece como estratégia inovadora e reestruturadora das ações e serviços de saúde, transpondo a visão fragmentada do ser humano para uma compreensão integral na dimensão individual, familiar e coletiva, com resgate da prática generalista, na lógica de repensar o processo saúde

- doença de forma mais ampla, segundo a realidade local, comunitária e familiar. (FERNANDES; SECLIN-PALACIN, 2004).

O PSF tem como colunas de sustentação o trabalho em equipe, a adesão de clientela, o estabelecimento de vínculos e a família como foco da atenção, sendo composto por equipe mínima de um enfermeiro, um médico generalista, dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde, podendo haver a inserção de dentista, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene dental. (BRASIL, 2006g).

Para tanto, na reorganização das práticas de trabalho, tem-se como preceitos e atividades fundamentais, o diagnóstico de saúde da comunidade, o planejamento/programação locais, a complementaridade (integração entre os diversos níveis de atenção à saúde e socio sanitárias), a abordagem interprofissional, a referência e contra-referência, a educação continuada, a ação intersetorial, o acompanhamento/avaliação e o controle social. (BRASIL, 1998 *apud* COSTA; SALAZAR, 2008, p. 115).

Segundo Rosa e Labate (2005), o PSF foi concebido como uma nova forma de trabalhar a saúde, deslocando o centro da atenção do indivíduo doente para a família, trazendo uma nova visão sobre o processo de intervenção em saúde de forma em que não espera a população chegar para ser atendida em demanda livre, pois vêm dar prioridade as ações de prevenção e promoção da saúde.

O PSF, com suas conquistas, adquiriu grande importância na agenda do governo, passando a ser tratado como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde pelo Ministério da Saúde em 1997, conforme está colocado em uma publicação intitulada como **Estratégia Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorganização do Modelo Assistencial**. (BRASIL, 1997).

O PSF, concebido inicialmente como um programa, passa a ser considerado pelo Ministério da Saúde como “[...] uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde visando à reorientação do modelo de atenção e uma nova dinâmica da organização dos serviços e ações de saúde.” (BRASIL, 2002b).

O PSF foi concebido com o objetivo de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da APS, em conformidade com os princípios do SUS, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. (BRASIL, 1997). As equipes de PSF nascem para terem a capacidade de resolver 85% dos

problemas de saúde em sua comunidade, prestando atendimento de qualidade, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população. (BRASIL, 2000).

A oficialização da denominação de Estratégia Saúde da Família (ESF) deu-se a partir da Portaria n° 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006c), que definiu a essência da atenção básica no país, sendo, em seguida, fortalecida com a Portaria n° 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011f), mantendo a mesma essência e princípios.

Dessa forma, a saúde da família poderá desenvolver-se de forma mais plena na medida em que seja compreendida não apenas como um programa para a saúde restrito a procedimentos primários, organizacionais e viáveis financeiramente, mas como uma estratégia concreta, provida de interesses, diversidade, desejos e intencionalidades com o objetivo de formular políticas que promovam os movimentos de se rever e dispor-se a mudar. (VASCONCELOS, 1998).

Depois de inquestionáveis conquistas de cunho jurídico legal do sistema de saúde brasileiro, como é colocado por Campos (2003 *apud* COSTA *et al.*, 2009), aparece nos tempos atuais a reformulação das organizações e estabelecimentos sanitários como questão central no que se refere às prioridades de intervenções, com direcionamento para busca de criar condições favoráveis para que, de forma permanente, o sistema de saúde aproxime-se mais dos indivíduos, das famílias e das comunidades, torne-se mais humanizado, solidário e, sobretudo, mais resolutivo. O caminho está na consolidação da Estratégia Saúde da Família, que foi proposta para provocar reflexões e mudanças nas instituições, nos padrões de pensamento e comportamento dos profissionais e cidadãos brasileiros, como colocam Costa *et al.* (2009).

Nesse bojo, a ESF visa à reorganização, expansão, qualificação e consolidação da APS no Brasil, por prover alternativas para uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da APS, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Deve ser desenvolvida de forma descentralizada, com grande capilaridade social, próxima da vida das pessoas, sendo o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção

à Saúde, devendo orientar-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, 2011b).

A ESF, como política de implementação da APS no Brasil, tem suas características baseadas nos quatro atributos citados por Starfield (2002), configurando-se como primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação, sustentados por quatro elementos estruturais ou de capacidade, a acessibilidade, a população-alvo, a variedade de serviços e a continuidade.

Ela incorpora e reafirma os princípios do SUS, na tentativa de substituir o modelo biomédico hegemônico. Com ações tendo como referência a territorialização permite a demarcação de um espaço concreto de atuação da equipe de saúde, tendo como referência de atuação o núcleo familiar como base e unidade. Tem papel fundamental como orientadora das políticas intersetoriais, de forma que é capaz de compreender que estruturas precisam ser modificadas visando ao bem estar da sua comunidade. (COSTA *et al.*, 2009).

A ESF, ao ser considerada como o primeiro atendimento, funcionará como porta de entrada para o sistema de assistência, ao mesmo tempo em que constitui um nível próprio de atendimento. Extrapola a esfera da intervenção curativa individual, quando se propõe a resolver uma série de necessidades - as chamadas necessidades básicas de saúde – incluindo as demandas sanitárias que promovem as ações tradicionais da saúde pública (saneamento do meio, desenvolvimento nutricional, a vacinação ou a informação em saúde), as demandas relacionadas a algumas ações clínicas (prevenção, profilaxia e o tratamento de doenças de caráter epidêmico) e as demandas tipicamente clínicas de prevenção e recuperação, apoiados em técnicas diagnósticas de menor uso de equipamentos, mas que, para sua adequada compreensão e efetiva transformação, exigem sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas. (SCHRAIBER; MENDES, 1996).

A ESF tem o direcionamento de suas ações voltadas ao coletivo, como afirmam Andrade *et al.* (2006), partindo-se do pressuposto que os indivíduos estão inseridos em famílias, que estão inseridas em um grupo populacional e que o

processo de saúde-doença é determinado socialmente, sem abandono da atenção individual, imprescindível, mas a inclusão de ações que promovam a organização de coletivos no trabalho em equipe. Trata-se, portanto, de acordo com Costa *et al.* (2009), de uma estratégia que envolve a comunidade e coloca equipes multiprofissionais mais perto dos domicílios, das famílias e das comunidades.

Esses autores colocam ainda que a ESF prioriza a promoção da saúde em suas bases teóricas, sem desconsiderar a clínica, no tocante que a integralidade das ações é um de seus princípios e as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação estão embutidas no conceito amplo de promoção da saúde.

A remodelagem da assistência à saúde traz consigo a necessidade de se prover modificações no processo de trabalho, indagações estas que foram colocadas em destaque a partir da implantação e construção do PSF na conjuntura de saúde dos municípios brasileiros. (COSTA *et al.*, 2009). Vindo afirmar que a sua implantação por si só não garante que o modelo assistencial até então vigente esteja sendo modificado, o que nos leva a refletir sobre mudanças necessárias na forma de agir e implementar ações e serviços no contexto da Estratégia de Saúde da família e que esta mudança, como é colocado por Reis *et al.* (2007), requer alterações dos processos de trabalho, de gestão e de formação, tarefa que não se configura como fácil, pois ele mexe com as forma seculares dos modos de se produzir saúde.

Pires e Göttems (2009, p9.) foram felizes quando descreveram que

[...] entre programa de saúde pública e a estratégia de mudança, Saúde da Família segue os dilemas do SUS, qual seja, de pretender-se universal e igualitário, numa realidade neoliberal e com pouca cidadania organizada para exigir oportunidades de vida.

Como política para reestruturação da APS no Brasil a ESF vem mostrando avanços e retrocessos, de acordo Pires e Göttems (2009), fragilidades e muitos desafios, inserida em um contexto de busca da reversão do modelo assistencial de saúde vivenciado no país, perfazendo-se uma soma de desafios a serem trabalhados para se configurar uma APS de qualidade, mesmo com todo seu aparato jurídico e tendo como referência os princípios que o norteiam.

Um dos principais desafios do atual modelo assistencial está entrelaçado em um processo de trabalho médico centrado que acaba operando, no dia a dia dos serviços de saúde, centralmente na produção do cuidado e da cura, reproduzindo-se

o modelo anterior a ESF, perfazendo-se a real necessidade de ações que reorganize o trabalho do médico e dos outros profissionais, atuando nos processos decisórios que ocorrem no ato mesmo da produção da saúde. (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Franco, Bueno e Merhy (1999) reforçam o supracitado quando coloca que um ponto de tensão está relacionado ao trabalho nos estabelecimentos de saúde organizado, tradicionalmente de forma parcelado. O trabalho do médico organiza-se de forma verticalizada e assim, sucessivamente, vai se organizando o trabalho dos outros profissionais. A superespecialização e a lógica do trabalho fracionado leva ao profissional de saúde a alienação do próprio objeto de trabalho. O médico não consegue romper com a lógica do trabalho que se dá em torno da agenda/consulta tornando pequena a inserção dos profissionais médicos no acolhimento.

Outra limitação que se apresenta no cotidiano da ESF refere-se ao trabalho em equipe multiprofissional que, de acordo com Silva *et al.* (2003), encontra-se muitas das vezes fragilizado, pela ausência de responsabilidade coletiva do trabalho e baixo grau de interação entre as categorias profissionais, que mesmo com o discurso de teor igualitário, os membros das equipes de saúde da família mantêm representações sobre hierarquia entre profissionais e não profissionais, nível superior e nível médio de educação, médico e não médico.

Outra fragilidade que vem se apresentando no fazer da ESF refere-se às práticas de educação em saúde, de tal modo que, segundo Alves (2005), estas práticas continuam acontecendo baseadas no modelo tradicional hegemônico que privilegia a assistência curativa e preconiza que a prevenção das doenças prima pela mudança de atitudes e comportamentos individuais, nas estratégias desta prática incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde, coibindo-se a participação ativa da população nas decisões de cuidado com o corpo nas práticas presentes no cotidiano dos serviços de saúde.

A instabilidade do vínculo trabalhista apresenta-se como um dos principais responsáveis pela alta rotatividade dos profissionais que atuam nas equipes da ESF, por gerar insegurança nos profissionais, trazendo-se perdas no que se refere à continuidade e efetivação das ações em saúde. (MENEZES; ROCHA, 2005 *apud* COSTA *et al.*, 2009).

Na busca por reais mudanças no modelo de atenção, torna-se imprescindível a necessidade de formar um novo profissional para um novo fazer, de tal forma que se a formação dos profissionais não for substitutiva no sistema formador, o modelo de atenção também não o será na realidade do cotidiano. Há que se conceber um novo perfil de profissionais que atendam ao novo “chamamento” do setor. (ROSA; LABETE, 2005).

A alocação de profissionais devidamente treinados para atuação na ESF pelos gestores de saúde nos serviços públicos é de inquestionável necessidade, dada a abordagem que este profissional fará na reversão do modelo assistencial vigente, deslocando o foco de produção de procedimentos para a produção de cuidados. (MERHY, 1995).

Mudanças no formato dos currículos na formação dos profissionais de saúde se fazem extremamente necessárias para transformação de uma visão flexneriana da saúde em uma proposta de produção de cuidados, acolhimento e humanização, questões centrais no processo de reorientação do trabalho em saúde (COSTA *et al.*, 2009) e que estes ofertem serviços de saúde a partir de uma concepção muito mais ampla, invertendo-se a centralidade na doença para uma concepção que priorize a promoção da saúde e a prevenção da doença, proporcionando-se ferramentas e tecnologias para a participação no autocuidado.

Outra realidade encontrada nos municípios brasileiros que vem contribuindo para o desmantelamento da ESF é de cunho político, de forma que, quando ocorre a troca seus prefeitos também trocam as equipes por outras, comprometendo o estabelecimento de vínculos, o avanço das ações e a relação equipe/família/comunidade. Nesse sentido, parece que os políticos municipais não conhecem os princípios norteadores da ESF ou fingem não conhecerem, desconsideram a comunidade local como foco de atenção, levando a compreensão de que a ESF é apenas um programa estratégico para reforçar a arrecadação e fortalecer as campanhas eleitorais.

Apresentar o PSF, como uma proposta de reorientação do cuidado à saúde, é enfrentar o desafio de construir novas bases para o desenvolvimento de novas práticas sanitárias. É colocar um desafio ainda maior de desconstruir as matrizes de um modelo assistencial perverso, sob os quais, trabalhadores e gestores de saúde, governantes e a própria população estão inseridos. É colocar em pauta na agenda da saúde da população brasileira conceitos como: vínculo, acolhimento e cuidado no contexto de

uma atenção sanitária humanizada e humanística. (COSTA *et al.*, 2009, p. 117).

Nesse contexto, a ESF propõe nova formatação para a estruturação dos serviços de saúde, na perspectiva de construir uma relação dos profissionais mais próximos do seu objeto de trabalho, das pessoas, famílias e comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população, através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as reais necessidades desta população, trabalhando-se na lógica dos fatores de risco aos quais está exposta e neles intervindo de forma apropriada, visando à qualidade de vida. (ROSA; LABETE, 2005).

Os mesmos autores acreditam que a ESF tem potencialidades a serem exploradas, como estratégia para mudança do modelo assistencial, e que existe a real necessidade de flexibilizar-se as tarefas estabelecidas para o seu funcionamento, assim como desenvolver-se um trabalho de conscientização dos profissionais de saúde e universidades para o aprimoramento de conhecimentos no que se refere à abordagem às famílias, ao trabalho em equipe, à assistência humanizada, mas, assim como dos gestores e da população, indagando-se a importância da participação de todos os envolvidos no cuidado no planejamento das ações, uma vez que é um trabalho de parceria ESF/ Família/Comunidade.

3.4 A Gestão em Saúde e a Coordenação na Estratégia Saúde da Família

Não podemos desvincular a média gestão (coordenação da ESF) da gestão do sistema de saúde, pois ambas andam lado a lado, enfrentando os desafios conjuntamente, assim como, deliciando-se das conquistas. A forma de coordenar a Estratégia Saúde da Família tem influência direta do modelo de gestão municipal adotada, como também, pode proporcionar o repensar desta, partindo-se das prioridades e caminhos que se objetiva dar ao sistema de saúde municipal. Nessa lógica, traremos uma reflexão sobre os atuais moldes de gestão vivenciados no Brasil, na perspectiva de consolidação de um SUS baseado nos anseios desejados pela Reforma Sanitária Brasileira.

A proposta de mudanças almejadas pela Reforma Sanitária Brasileira tem como fim a garantia do direito à saúde como componente da cidadania, mostrando a

necessidade de um conjunto de mudanças no Estado, na sociedade e na cultura, buscando a melhoria da situação de saúde e das condições de vida da população, tendo como referência o princípio de que a saúde deve ser um direito de todos e um dever do Estado, propondo um Sistema Único de Saúde, democrático e descentralizado, com responsabilidades estabelecidas para as três esferas de governo.

No entanto, mesmo após 25 anos de sua criação, o SUS real, apesar de todas as conquistas, acumulações e avanços, está muito distante da proposta almejada pelo movimento da Reforma Sanitária. As fragilidades vivenciadas atualmente pelo sistema põem em risco sua legitimidade política e social, mediante uma disputa em relação à saúde como direito, em relação à concepção de saúde e às maneiras de construí-la. (FEUERWERKER, 2005).

Aparecem como elementos críticos nessa situação, o modelo de atenção adotado no país, a organização da gestão e as formas de se fazer a política de saúde, visto que contribuem ou dificultam a mobilização e aglutinação de atores e agentes capazes de contribuir para a indispensável conquista de legitimidade política e social para o SUS. Dessa forma, são elementos de importância fundamental para os formuladores das políticas e gestores do SUS em todas as esferas e atores implicados com a construção democrática da saúde no país.

Mesmo mediante aos vários desafios conjunturais e à inconclusão do que se almeja, a Reforma Sanitária Brasileira não tem uma agenda esgotada, haja vista que tem muito o que avançar no seu processo, considerando a radicalidade do seu projeto.

Na sua condição de processo, a Reforma Sanitária vem enfrentando vários obstáculos consideráveis nas últimas três décadas, apesar das conquistas indiscutíveis.

Além da insuficiência e instabilidade do financiamento público para o SUS, persistem problemas de gestão, especialmente no que diz respeito aos estabelecimentos de saúde como hospitais e serviços de atenção básica. A falta de profissionalização de gestores, a descontinuidade administrativa, o clientelismo político e a interferência político-partidária no funcionamento dos serviços comprometem a reputação do SUS perante os cidadãos e a expectativa dos servidores públicos enquanto trabalhadores e partícipes de um projeto civilizatório do escopo da Reforma Sanitária Brasileira. (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1820).

Faz-se necessário o alicerçamento de um olhar avaliador sobre as “fragilidades” do SUS, que é uma política, um projeto e várias outras coisas ao mesmo tempo, de tal forma que as ideias propostas e políticas implementadas na gestão e organização da atenção no SUS não estão conseguindo produzir alternativas políticas e técnicas capazes de operar com destreza as transformações do conceito e das práticas de saúde, bem como a democratização que o projeto da Reforma Sanitária propõe e supõe. Existe a necessidade flagrante do SUS de atores sociais para o mesmo ser produzido, sustentado e recriado. Um dilema, pois sua construção vem sendo operada numa realidade em que, de fato, não há atores totalmente preparados para cumprir estas tarefas. (FEUERWERKER, 2005).

Dessa forma, como delineiam Paim e Teixeira (2007), a problemática da institucionalidade⁸ do SUS engloba um conjunto de detalhes referentes ao constructo político-gerencial como prática de gestão do sistema, que na sua complexidade pretende adotar como referencial os princípios incorporados à legislação do SUS, a descentralização com comando único em cada esfera de governo e participação social no processo decisório, mesmo mediante a reprodução de práticas políticas arcaicas arraigadas na cultura organizacional do Estado brasileiro.

Os mesmos autores enfatizam que o desafio de construir uma “nova institucionalidade” para o SUS parte da necessidade de se trabalhar os problemas e desafios inerentes a atual configuração macro-organizacional do sistema de saúde brasileiro, assim como, o processo de gestão nos vários níveis do sistema, buscando-se a identificação de propostas que contribuam para o fortalecimento e a consolidação de práticas coerentes com os princípios e valores da Reforma Sanitária.

Essa afirmativa conflui-se com o que é refletido por Melo e Nascimento (2003), ao mencionarem que a reorientação das funções gestoras é considerada como uma das prerrogativas para a consolidação dos princípios do SUS e transformação das práticas de saúde, provendo mecanismos para o (re)direcionamento do processo de trabalho, para o desenvolvimento de serviços,

⁸ Refere-se à configuração institucional, ao desenho do SUS enquanto uma macro-organização determinado pelos propósitos de governo, permeada por um conjunto de instituições, situadas em todas as esferas de governo, que desempenham funções diversas, como financiamento, gestão, prestação de serviços, formação de recursos humanos e produção de insumos (TESTA, 1992).

aplicação de recursos necessários, melhoria nas relações interpessoais, resolutividade e satisfação dos usuários.

Nessa mesma lógica, Souza (2009) traz a reflexão que, em primeiro lugar, deve-se compreender a implantação do SUS como uma luta política, no tangente à consolidação de estratégias de gestão que aproximem o SUS possível do SUS necessário e reforça afirmando que se faz útil adoção de um conceito amplo de gestão, pois é abrangente o escopo do SUS e, por conseguinte, das atividades do gestor da saúde.

Ao retratar o desenho e o processo de gestão no SUS, quando a concebe na perspectiva da defesa dos princípios constitucionais, na busca de soluções criativas aos problemas existentes, Paim e Teixeira (2007, p. 1823) elencam dez nós críticos enfrentados atualmente no país, os quais citamos, por considerá-los importantes para as discussões aqui inferidas, e que devem ser expressos na sua completude, mesmo que não transcritos na íntegra :

- 1) Falta de clareza e pouco consenso em relação aos objetivos do SUS, em especial, no que se refere ao seu desenho macro-organizacional, permitindo a imersão de diferentes concepções, o que prejudica o desenvolvimento de ações eficazes na busca da garantia dos direitos que o mesmo concebe;
- 2) Mediante ao fato supracitado, não se consegue estabelecer um consenso em torno das funções e competências das três esferas de governo, assim como, provocando a tensão e o conflito de competências entre as diversas instituições, mediadas pela negociação;
- 3) Deficiente coordenação interna na direção nacional do SUS, perfazendo a necessidade de um “Ministério Único da Saúde”, dissolvendo a fragmentação institucional que se verifica ao interior do Ministério da Saúde, havendo também a necessidade de agregação deste com as agências executivas, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), cujos dirigentes e *staff* por vezes não se identificam como parte do SUS;
- 4) Dificuldades na comunicação entre os três níveis de governo do SUS, decorrente da heterogeneidade existente em termos do desenvolvimento institucional das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e fruto da

contaminação das relações intergovernamentais por interesses político-partidários;

5) Deficiência flagrante de gestão profissionalizada, persistindo historicamente um amadorismo na gestão do sistema em todos os níveis, marcada pela escassez de quadros qualificados ao exercício das múltiplas e complexas tarefas relacionadas com a condução, planejamento, programação, auditoria, controle e avaliação, regulação e gestão de recursos e serviços, assim como, pelo fato da persistência de clientelismo político na indicação dos ocupantes dos cargos e funções de direção em todos os níveis do sistema;

6) Vulnerabilidade institucional e ineficiente gestão de sistemas, serviços e recursos, em parte pela insuficiência no processo de incorporação de tecnologias de gestão adequadas ao manejo de organizações complexas, seja na área de planejamento, orçamentação, avaliação, regulação, sistemas de informação, seja na área de gestão de serviços, como hospitais e outras unidades de saúde que demandam a utilização de tecnologias e instrumentos de gestão modernos e adequados às especificidades das organizações de saúde;

7) Engessamento do processo de gestão de serviços e recursos estratégicos, por conta das limitações legais estabelecidas em função das opções de política econômica, a exemplo da Lei de Responsabilidade Fiscal que limita o gasto público nas diversas esferas de governo, dificultando a realização de concursos para admissão de pessoal, algo que incide drasticamente no sistema de saúde, sabidamente um setor de produção “trabalho intensivo”;

8) Inadequação das “alternativas” adotadas para a superação das limitações apontadas no item anterior, subsidiárias das propostas de reformas gerencialistas, que geram a fragmentação do processo de gestão do sistema, com perda da capacidade do gestor – federal, estadual e municipal – em imprimir a direcionalidade pretendida no processo de implementação das políticas e programas do SUS;

9) Dificuldade de articulação intersetorial, pela existência de culturas organizacionais diversas, que reproduzem concepções e práticas de

gestão, planejamento, programação e avaliação diferentes, assim como pela insuficiência dos esforços de construção de um patamar de diálogo e cooperação entre setores de modo a potencializar os efeitos das ações e serviços de saúde nos vários níveis do SUS;

10) “*Modus operandi* do controle social provocando as tensões e disputas nem sempre pertinentes abrangendo as competências e a legitimidade entre as instâncias executivas do SUS e o aparato do controle social, o que demanda a ampliação do debate em torno da prática de controle social no SUS hoje, especialmente a análise da “captura” dos espaços de participação e controle social por organizações fortemente corporativas, representativas de grupos populacionais específicos ou de segmentos de corporações de profissionais e trabalhadores de saúde”.

Mediante a esta complexa rede de nós críticos, os moldes de se fazer gestão no SUS anseia, em caráter de urgência, por ações concretas no sentido de se dar uma razão para o desenvolvimento do SUS, mediado pelos anseios da Reforma Sanitária e pelo que já foi conseguido como Lei para o país.

Consideramos que dentre os dez problemas citados, alguns se sobrepõem sobre os outros, de maneira que são responsáveis pela maioria dos problemas enfrentados pela gestão no SUS.

A fomentação de uma política partidária no país, nos moldes que vem sendo apresentada, vem trazendo prejuízos gigantescos para a população, principalmente, na alteração da posição política que determinados atores ocupam na estrutura de poder do SUS, revelando a predominância de um “realismo político” articulado a interesses político-partidários, que acaba se sobrepondo ao debate acerca das funções e competências de cada esfera para governo no âmbito do SUS.

São observáveis os avanços conquistados na descentralização das ações de saúde, mediante o comando único em cada esfera de governo no país. Mas este fato não deve obscurecer a vulnerabilidade do sistema às mudanças de governo, de gestores e de partidos.

Esses avanços não tem sido suficientes para evitar retrocessos na gestão do SUS após experiências exitosas de governos municipais e estaduais comprometidos com seus propósitos, com a mudança de gestores, seja na mudança partidária no comando, como dentro do mesmo grupo político, provocando uma

descontinuidade administrativa. Paim e Teixeira (2007) mencionam os casos de Santos, Campinas, Porto Alegre, Salvador, São Paulo, Bahia e Rio Grande do Sul.

Tais circunstâncias apontam para a necessidade real de se prover a construção de modelos institucionais que diminuam a vulnerabilidade do SUS, assegurem certa proteção face às mudanças da vida político-partidária e possibilitem, simultaneamente, a efetividade, a eficiência e a eficácia da gestão (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Os mesmo autores enfatizam que é

[...] dever do SUS cuidar da vida e da saúde das pessoas que não podem ser comprometidas pelos humores, crenças, ideologias e vaidades dos dirigentes de plantão. Daí a necessidade de protegê-lo da descontinuidade administrativa e de intercorrências desastrosas da gestão, posto que estão em jogo a vida e a saúde das pessoas. Cabe destacar a pertinência de investigar e debater novos formatos institucionais que possibilitem ao SUS cumprir o seu dever e alcançar o devir concebido pela Reforma Sanitária Brasileira. (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1824).

Devem-se buscar novas alternativas para uma nova institucionalidade do SUS, como consequência a garantia de seu caráter público e não partidário, protegendo-o da descontinuidade administrativa e de catastróficas manobras derivadas da política partidária.

Outro aspecto que tem grande impacto na qualidade da gestão no SUS refere-se à profissionalização da mesma, assunto que já vem sendo discutido há vários anos, mas ainda não foram adotadas medidas concretas para a criação da carreira de “gestor do SUS”, o que impulsionaria a valorização dos profissionais que se dedicam às atividades de caráter de gestão nas diversas esferas e nos diversos níveis organizacionais do sistema.

Diante desse ensejo, Paim e Teixeira (2007) enfatizam a necessidade de investimentos redobrados do setor público na formação e constituição de sujeitos, lideranças, técnicos, gerentes dotados de capacidade técnica e compromisso político e ético com os pressupostos da Reforma Sanitária e a defesa do SUS democrático, qualificados a atuarem em diversos espaços e níveis de gestão e de condução política do sistema.

A gestão de sistemas de saúde no SUS é uma atividade complexa, que exige profissionais qualificados, na perspectiva que, segundo Miranda (2005), ela é

formada a partir de práticas sociais de âmbito institucional, tendo uma natureza complexa e um caráter polivalente (ético, político, estratégico, técnico, administrativo). Sua atuação concebe uma dimensão política, a partir da mediação de interesses distintos, das relações de poder e de margens de autonomia; movidos por meio de ações intencionais ou comportamentos controlados de atores sociais; desencadeados a partir de decisões (formais e informais); e consubstanciados em combinações tecnológicas, métodos, técnicas, instrumentos e atividades intermediárias nos sistemas institucionalizados de ação.

A formação de profissionais para gestão, mediante a atual conjuntura política e jurídica no país, por si só não garante a profissionalização da gestão em toda sua completude, pois na realidade observamos uma prevalente prática de distribuição de cargos na estrutura administrativa em prol dos interesses político-partidários ou pressões corporativas que acabam obrigando os gestores a buscar garantir a “governabilidade” da sua gestão, reproduzindo-se, dessa forma, a flagrante necessidade de qualificação da gestão do SUS em várias áreas. Usam-se a justificativa de serem cargos de confiança e que precisam de pessoas de confiança e não necessariamente de profissionais devidamente preparados.

A gestão da saúde está constantemente imersa no enfrentamento do desafio de encontrar alternativas para superar a fragmentação das estruturas municipais organizadas de modo muitas vezes estanque, levando a iniquidades na qualidade e no acesso aos serviços, comprometendo a legitimidade do sistema (BRASIL, 2006g).

Uma das práticas que mais favorece a corrupção no setor público é a distribuição de cargos sem base em critérios técnicos, visando apenas garantir “pedaços” da máquina pública a partidos políticos ou grupos constituídos, que transformam os cargos em balcões de negócios para troca de favores ou apoio em futuras campanhas políticas. Isso é ainda muito mais grave quando acontece com serviços públicos dos quais depende a vida e a saúde das pessoas. (CENTRO..., 2007, p13.).

Nesse escopo, faz-se de extrema necessidade que pensemos em um novo ente jurídico da organização do Estado exclusivamente voltado para o SUS, com lógicas flexíveis, descentralizadas e ágeis de gestão norteados pela preservação de princípios, autonomia de meios e pactuação de fins. Firma-se a necessidade de se blindar o SUS mediante nova “institucionalidade” assegurando a

profissionalização da gestão e carreiras específicas (gestor, saúde da família, administração hospitalar, etc.). (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

O SUS precisa de pessoas preparadas e com afinidades para o exercício do cargo de gestão, de modo que, como afirma Miranda (2005), o propósito primordial da gestão em saúde é a formulação de decisões que processam a intermediação e implementação das políticas. Há muita complexidade e subjetividade envolvida nesses processos de gestão. O processo e os arranjos para a tomada de decisões envolvem motivações, interesses, racionalidades imbricadas, intuição, conhecimentos, capacidades cognitivas, habilidades, qualidade estratégica, controle de capitais e recursos (tempo, informações, tecnologias, financiamento).

Outro grande desafio da gestão no SUS refere-se ao subfinanciamento do setor. A luta pela sustentabilidade econômico-financeira atravessou a infância e a adolescência do SUS e continua presente após a maioridade, mesmo com a aprovação da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamentou a Emenda Constitucional nº 29, pois a mesma em nada contemplou os anseios que se buscava para o financiamento da saúde no país. Garantir a universalidade e a integralidade mediante um cenário de restrições orçamentárias e financeiras e alocar recursos de forma equânime em um país de tantas desigualdades sociais e regionais têm se transformado em um grande desafio para os gestores.

O fortalecimento do SUS está diretamente ligado à garantia de um financiamento estável, de uso racional e qualificado, para o seu custeio e investimento na sua expansão que

[...] não pode haver contingenciamento de recursos para a saúde enquanto a população é desassistida e morre pela falta ou precariedade do atendimento. Não deve haver complacência da Justiça diante de governantes que não cumprem a Constituição, sabotando os recursos devidos para a saúde. A mídia, que tem sido tão diligente para denunciar o “caos do SUS” e o “apagão da saúde”, precisa contribuir no debate sobre as causas desses fenômenos e na identificação dos responsáveis. (PAIM; TEIXEIRA, 2007, p. 1827).

Mesmo a Reforma Sanitária propondo a construção de um Sistema Único de Saúde, ainda vivenciamos um sistema de saúde fragmentado e subordinado a interesses extrínsecos a esta, desde o interesse público ao objetivo de lucro e

acumulação de capital, perpassando por espaços de realização de privilégio de corporações e de trocas clientelistas de partidos políticos. O SUS nasceu na perspectiva de ser uma grande proposta de política pública democrática e descentralizada, mas ainda visualizamos um grande distanciamento dessa proposta, uma vez que os cidadãos pagam altas taxas de maus tratos e de desumanização nas filas e nos serviços de saúde estatais e privados contratados.

3.4.1 A Coordenação da Estratégia Saúde da Família

A coordenação da Estratégia Saúde da Família, da forma como está sendo desenvolvida, apresenta viés na sua concepção definidora, a qual se encontra entre a gestão dos sistemas de saúde e a gerência das unidades de saúde, na perspectiva de média gestão. Por se tratar de coordenar um serviço específico, sua atuação concebe ferramentas de cunho mais gerencial, quando analisamos as definições trazidas pela Norma Operacional Básica do SUS 01/1996 (NOB 01/96): Gerência é a administração de um Serviço ou Órgão de Saúde (Posto ou Centro de Saúde, Unidade Mista, Hospital, Fundação, etc), enquanto que gestão é a administração de um Sistema de Saúde, através das funções de direção ou comando, coordenação, planejamento, controle avaliação e auditoria. (BRASIL, 1996b).

Nesse contexto, serão abordados ferramentas e princípios gerenciais e de gestão que devem fazer parte do fazer do coordenador da ESF, levando em consideração as diretrizes que norteiam esta política que tangencia a atenção básica no país.

O perfil gerencial pode ser definido como o conjunto de atitudes, aptidões e habilidades mediante as quais o coordenador desenvolve a gestão da Estratégia Saúde da Família, mediante liderança, motivação, comunicação, capacidade para lidar com conflitos, conhecimento técnico-científico para avaliar e identificar as necessidades de saúde da população e ética. (ALVES, 2007).

A capacidade de gerenciar ou coordenar uma política de saúde ancora-se no atendimento às perspectivas dos usuários do serviço e, dessa forma, requer um profissional equilibrado e preparado, que consiga superar as limitações que o serviço apresenta e que, além de garantir a prestação de uma assistência baseada

nos princípios do SUS, consiga lidar com o déficit de pessoal, de materiais, de recursos, bem como com a demanda cada vez maior de usuários, mediante as dificuldades vivenciadas pelos municípios no país. Além disso, o profissional atuante na coordenação da ESF precisa ter competência para trabalhar os relacionamentos interpessoais no interior dos Centros de Saúde da Família, procurando minimizar os conflitos existentes. Competência gerencial, determinação no alcance de metas e objetivos, personalidade e habilidade com pessoas são características determinantes para a resolutividade das ações, motivação da equipe e satisfação do usuário. (FERNANDES *et al.*, 2009).

As competências a serem conferidas pelo Coordenador da ESF constituem um dos principais pilares desta política, na perspectiva de competência como o conjunto de características percebidas nas pessoas que envolvem conhecimentos, habilidades e atitudes que levam a um desempenho superior, mediante o envolvimento do “saber” adquirido; as atitudes, que são ligadas à personalidade; e as habilidades, o “saber fazer”, isto é, o saber fazer colocado em prática, portanto a competência de mobilizar recursos. (BOOG; BOOG, 2002).

As discussões levantadas até aqui direcionam para a afirmação que a principal mudança com a nascitura da ESF tem foco na atenção, deixando de ser centrado exclusivamente no indivíduo e na doença, ampliando o aparato de atuação para o coletivo, passando a família ser o espaço privilegiado de atuação. Isso implica que os coordenadores desta estratégia devem aprender a lidar com este novo recorte, tomando agora a família como objeto de trabalho, havendo a necessidade do uso de instrumentos e saberes que possam transformar a prática assistencial em direção a uma prática pautada nos princípios éticos e provocando a uma maior autonomia dos usuários e profissionais.

Este é um dos grandes desafios para consolidação da ESF como política reestruturante da atenção à saúde no país, pois ainda permeia fortemente um componente tradicional nas práticas gerenciais no país, construído historicamente, um modelo clássico que, segundo Figueiredo *et al.* (2010, p. 237),

[...] contempla aspectos como a divisão do trabalho, com separação entre as funções de preparação e execução; especialização da força de trabalho; unificação de ferramentas, utensílios e rotinas de trabalho; controle da execução do trabalho; verticalização do sistema de produção; a autoridade; a responsabilidade; a disciplina; a unidade de mando; a estabilidade de

peçoal; subordinação do interesse particular ao interesse geral; e hierarquia, os quais estão presentes na teoria geral da administração, especialmente vinculados às obras de Taylor (1970) e Fayol (1990).

Para o sucesso da ESF, deverá haver um corte cirúrgico que desvincule a gestão, a coordenação e a gerência dos princípios exercitados pelo modelo tradicional. Quando se pensar em coordenação da ESF, devemos partir da perspectiva de compreendê-la, de acordo com Vandelei e Almeida (2007), como um instrumento do processo de trabalho em saúde capaz de produzir transformação do processo de trabalho na direção de um modelo assistencial usuário centrado e não em função do controle e dos procedimentos e, enquanto tecnologia do trabalho em saúde, capaz de ser protagonista de mudanças e compromissada com a defesa da vida do usuário.

Essa afirmativa conflui-se com o que é defendido por Melo e Nascimento (2003), ao mencionarem que a gestão (coordenação/gerência) da ESF, na sua essência, deve dispor um caráter articulador e integrativo, sendo a ação gestora determinante nas nuances de organização de serviços de saúde e um pressuposto para e efetivação das políticas. Nessa perspectiva, há a superação da compreensão de uma ação meramente racional ou baseada na técnica, passando também a apresentar dimensões científicas, técnicas e artísticas.

O modelo de gestão a ser buscado está centrado na gestão participativa, que vai de encontro ao modelo tradicional, produzindo-se possibilidades para a construção de uma ESF forte e que esteja a contento com os anseios dos atores que a produzem, assim como dos usuários.

De acordo com Lück (2006, p. 4), a gestão participativa caracteriza-se por ser uma

[...] administração profundamente democrática, permitindo aos membros de toda organização manifestar suas opiniões em relação aos caminhos a serem seguidos. [...] Este estilo de administração prioriza a tomada de decisões por consenso, procurando contemplar todas as opiniões e pontos de vista dos integrantes de uma equipe de trabalho. Para isto, estimula a exposição constante de razões, argumentos, críticas, sugestões e idéias por parte de todos os membros, inclusive dos mais introvertidos. Esta proposta busca um permanente envolvimento mental e emocional, apontando para a motivação e a assunção de maiores responsabilidades por parte dos integrantes do grupo. Pressupõe ampla liberdade de ação e pensamento, tanto nos relacionamentos humanos dentro do local de trabalho, quanto na forma de levar a cabo as diversas tarefas.

As definições trazidas pelo Ministério da Saúde e pela Política Nacional de Humanização confluem o fator participativo no que se refere à participação ativa da sociedade, assim como do protagonismo dos profissionais na elaboração e desenvolvimento de estratégias gerenciais, de cuidado e organizacionais.

Dessa forma, fazendo-se uma fusão entre as duas definições elencadas, podemos dizer que a gestão participativa configura-se como a participação ativa da sociedade e dos profissionais da saúde na formulação, implantação e avaliação da política de saúde, permitindo-se o exercício do diálogo entre gestores do SUS, profissionais e a população, permitindo a construção de uma cultura de participação democrática na gestão de ações, serviços, redes e sistemas de saúde e que nos microespaços centra-se no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em colegiados que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente. (BRASIL, 2007b).

O exercício da gestão democrática pela coordenação da ESF se concebe nos microespaços, na perspectiva de participação dos profissionais e da comunidade nos momentos de decisões e planejamentos, como coloca Ximenes Neto (2007), ao afirmar que no que se refere à gestão participativa na perspectiva de gerência é uma prática em que todos os agentes – gestores, trabalhadores de saúde, famílias, sujeitos e comunidades de um determinado território sanitário – organizam-se para definir os caminhos a serem trilhados no território, a partir de um sistema de consensos que contemple as opiniões e os interesses da coletividade, na tentativa de resolver os problemas/necessidades de saúde e planejar um futuro com vistas à qualidade de vida, numa perspectiva ecológica e o desenvolvimento e exercício coletivo da cidadania integral.

Spagnol (2002) e Costa e Salazar (2008) reforçam as afirmativas supracitadas quando afirmam que essa concepção de gestão permeia a prevenção do excesso de corporativismo; o fortalecimento do funcionamento da organização na sua relação com as necessidades da comunidade; o emponderamento das decisões e ações a um contexto particular; o compartilhamento de poder com todos os membros da equipe, com a consequente redução do peso da hierarquia e dos procedimentos burocráticos, tornando a organização mais flexível; fomento à inovação nas práticas adotadas para busca de resolução de problemas no âmbito da

própria organização; um sistema de comunicação fortalecido; relações pessoais mais valorizadas, provocando a aproximação entre os coordenadores/gerentes e os seus colaboradores localizados na base do processo produtivo; promoção de espaços para um maior diálogo e democratização das decisões, com a finalidade de aproximá-las dos reais problemas encontrados e favorecer a agilidade do processo de trabalho.

Uma ferramenta que permite o exercício da gestão participativa e que tem um grande poder para reversão do modelo tradicional de se coordenar refere-se ao Método da Roda, que segundo Campos (2000, p. 142),

[...] propõe-se a realizar uma costura entre uma perspectiva crítica (anti-Taylor) e outra de reconstrução dos modos de fazer política, gestão e construção de sujeitos. Cruzar este percurso saltando entre conceitos que funcionassem à moda de pedras e que permitissem meter-se em um rio de águas geladas e revoltas sem afogar-se na aventura. [...] o Método da Roda filia-se, [...], às escolas filosóficas que sustentam a existência de relação dialética entre o Pensar e o Agir, entre o Homem e o mundo, e entre os próprios homens. Criador e criatura embolados, todo o tempo. Um ente produzindo o outro e sendo produzido por este mesmo outro e por outros entes que por sua vez [...] Co-produção [...]. Propõe a construção de arranjos voltados centralmente para ampliar a capacidade de direção dos trabalhadores. Construir uma nova dialética entre autonomia e controle social nos Coletivos Organizados para a Produção, essa é a tarefa, esse é o desafio. Em certa medida, inventar um sistema de gestão participativa, um sistema de co-gestão em que coubessem vários tipos de arranjos institucionais, ou várias modalidades de espaços coletivos, ou seja, várias rodas de análise e de co-gestão. Isso tanto em instituições, como em organizações, quanto em movimentos sociais.

O mesmo autor reforça a descrição do Método colocando que este deve ter um papel administrativo, por proporcionar um espaço de gestão democrática, em que as ações e a organização do processo de trabalho são refletidas e planejadas coletivamente; pedagógico porque proporciona a equipe um espaço propício ao estudo coletivo, por meio da aprendizagem significativa; terapêutica, na perspectiva de proporcionar o desenvolvimento de relações interpessoais sólida entre todos os membros da equipe e o crescimento individual e coletivo dos trabalhadores; e política porque proporciona a redução da hierarquização e o fortalecimento da democracia participativa.

O Método da Roda objetiva fortalecer e proporcionar maior autonomia às pessoas/grupos, tornando-os capazes de conhecer seus problemas e agir sobre eles

de forma coletiva, desenvolvendo a democracia institucional com a descentralização de poder. (PAGANI, 2004).

Atualmente, por meio de uma visão ampliada, podemos perceber que os moldes de gestão atualmente vivenciados no país, principalmente no que se refere aos municípios pequenos, ainda reproduz de forma conservadora o modelo tradicional, com a soberania de uma visão politiqueria, que por muitas vezes limita a atuação dos coordenadores, podendo sua autonomia de atuação e o limitando a reprodução do que hierarquicamente é imposto, limitando-se os espaços para o exercício de uma gestão democrática e centrada nos interesses dos usuários.

Algumas poucas experiências no país mostram fazeres palpáveis no exercício da gestão democrática, como no município de Sobral, como coloca Ximenes Neto (2007, p. 311):

As rodas em Sobral têm se efetivado como uma ferramenta de gestão contemporânea extremamente potente, que integram vontades dos diversos agentes do sistema de saúde e horizontaliza as decisões, transformando um modelo anterior de gestão, baseado no sistema piramidal, fragmentado e hegemônico no que concerne às decisões do gestor municipal. A Roda do Conselho Gestor constrói macropolíticas para o sistema, as dos territórios da ESF constroem micropolíticas para o território de atuação, e na Roda de Gerentes há um encontro destes dois níveis, com suas tensões e conflitos, com suas paixões ou desilusões, com seus fluxos e contra fluxos, com suas deliberações e consensos. A gestão participativa permite uma dialética, antíteses, até mesmo pleonasmos, desde que o objetivo final seja a conformação do processo de trabalho em saúde com qualidade, buscando a atenção integral, com a conseqüente satisfação da clientela.

Além da dificuldade do exercício da coordenação na perspectiva de gestão participativa, outros desafios apontam-se como os mesmos enfrentados pelos gestores municipais, pois o trabalho deste influencia diretamente no trabalho da Coordenação da ESF, tanto no que se refere às limitações financeiras e administrativas, quanto nas concepções de gestão adotadas.

Sousa e Sampaio (2002 *apud* SILVA; ATHAYDE, 2008) elencam estudos que descrevem como dificuldades para a consolidação e o sucesso da saúde da família a rotatividade dos profissionais, a insatisfação com as formas de contratação, a qualificação dos recursos humanos e a dimensão técnica e política da gerência e da gestão.

3.5 Refletindo Sobre O Processo de Trabalho do Coordenador da Estratégia Saúde da Família

Será utilizado como parâmetro teórico para as discussões neste estudo as reflexões de Emerson Elias Merhy sobre o trabalho e processo de trabalho, dialogando-se com alguns outros autores, na perspectiva de proporcionar um alinhamento conceitual e histórico, provendo-se um caminho a ser seguido baseado em embasamentos teóricos largamente aceitos dentre os estudiosos sobre o assunto, assim como na academia.

3.5.1 O Processo de Trabalho em saúde

Será realizada uma reflexão acerca do processo de trabalho em saúde e a importância de se buscar um novo fazer em saúde, mediante os atuais contextos em que se encontram os serviços, os trabalhadores e os usuários. Para maior aprofundamento das discussões, serão trazidos alguns conceitos e teorias de autores clássicos, que contribuíram para dinamização dos enlaces teóricos sobre o processo de trabalho.

Partindo do pressuposto que o trabalho ocupa lugar de destaque em qualquer sociedade, Marx (1987 p23.) descreve que "[...] o trabalho é um processo consciente por meio do qual o homem se apropria da natureza para transformar seus materiais em elementos úteis para sua vida.". O mesmo autor coloca ainda que no trabalho interagem o homem e a natureza, e o homem "[...] com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza." (MARX, 1987, p23.).

Para Marx (1987), o que difere o ser humano do animal, no que se refere ao trabalho, é que o primeiro pode idealizar a sua construção antes de transformá-la em realidade, ou seja, incorpora a sua intencionalidade e a sua capacidade criativa. Para este se tornar mercadoria, um valor de troca lhe é atribuído, conforme a necessidade a ser satisfeita. Dentro de todo o processo de trabalho, que vai da força de trabalho até o produto final, encontram-se: a atividade adequada ao fim (o próprio trabalho), a matéria que se aplica a este (o objeto de trabalho) e os meios (instrumental de trabalho).

Mendes-Gonçalves (1994), um dos grandes nomes que trabalha o processo de trabalho em saúde, define o trabalho como uma atividade do ser humano realizada por um grupo de pessoas que a ela se dedica e, dessa forma, concebe a reprodução da existência humana. O trabalho é determinado por uma necessidade ou carência, é o meio de subsistência para a satisfação das necessidades materiais e não materiais e também possibilita a livre criação.

O objeto final de trabalho possui o produto, resultante do processo de transformação realizado pelo trabalho e os meios/instrumentos de trabalho são formados pelo trabalhador que assim amplia sua possibilidade de intervenção sobre o objeto. (MENDES-GONÇALVES, 1992).

O conceito de trabalho por si só não consegue abranger toda a dimensão que gira em torno do ato, exige outros conceitos para estruturar-se e ter uma completude de conhecimentos, para não se incorporar ideologicamente ao senso comum. Devemos pensá-lo como produção de todas as dimensões do viver do humano, fazendo-se necessário o conceito de processo de produção, ressaltando que o processo de trabalho se dá sobre determinadas relações de produção. Já o conceito de processo de trabalho não pode se ater ao objeto e aos meios de trabalho (materiais e imateriais), pois não é suficiente, pois é a dinâmica da atividade humana que dá vida aos outros elementos (SILVA; ATHAYDE, 2008).

O trabalho não deve ser compreendido limitadamente em sua dimensão mais operativa enquanto uma atividade, mas como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção. Dessa forma, o trabalho produz o homem, mesmo que este seja a fonte daquele. (MARX, 1987).

O trabalho em saúde desenha-se como o trabalho em geral. Temos o carecimento ou a necessidade individual/coletiva como propulsora de uma ação. Esta ocorrerá a partir do estabelecimento de um projeto voltado para uma finalidade e com o poder de transformação de um objeto de trabalho (fazendo uso de ferramentas – saberes/conhecimento e força de trabalho) que resultará em um produto a ser oferecido para o consumo/utilização, que poderá satisfazer aquele carecimento inicial. (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Essas ferramentas correspondem às formas materiais e não materiais que possibilitam a apreensão do objeto e formam os saberes específicos, insumos, técnicas de ação, equipamentos e toda a tecnologia disponível, voltada para o

atendimentos das necessidades em saúde. (MICHIMA *et al.*, 1997 *apud* MALTA; MERHY, 2003).

O trabalho em saúde tem suas especificidades, de tal modo que sendo o homem objeto do trabalho em saúde, independentemente do momento histórico em que se encontre, que sinaliza as suas necessidades, em meio a sua individualidade e subjetividade (emoções, desejos, aspirações, sentimentos), dessa forma, o trabalho em saúde deve atender as generalidades e individualidades do ser humano.

Outra característica do trabalho em saúde é que a direcionalidade técnica tem natureza coletiva. Refere-se a um processo que engloba a atuação de um conjunto de categorias e indivíduos que compartilham recursos técnicos e cognitivos e, dessa forma, toda a produção depende do trabalho coletivo. Constitui-se em um conjunto de ações complexas, envolvendo articulação de diferentes processos, nos quais cada profissional com sua parcela de atuação possui objeto próprio, saberes e instrumentos específicos. (MALTA; MERHY, 2003).

Antes de desenvolvermos a análise do processo de trabalho, faz-se necessário um passeio sobre a forma de organização da sociedade, as relações humanas, os determinantes econômicos e o comportamento do trabalho inserido no contexto das realidades vividas historicamente.

A divisão social não é um achado recente, ela existe desde que o homem começou a viver em sociedades, nas populações primitivas. A divisão social do trabalho está imersa nas características do ser humano e divide a sociedade entre ocupações, cada qual apropriada a certo ramo de produção. (BRAVERMAN, 1987).

A introdução da máquina e o surgimento da manufatura, a partir da revolução industrial, modificaram radicalmente o modo de produzir trabalho, revigorando o seu parcelamento, a divisão manufatureira do trabalho. Ocorreu a divisão técnica do trabalho, através da qual o produto a ser produzido passou a ser decomposto em numerosas operações executadas por diferentes trabalhadores. Braverman (1987) afirma que a divisão social do trabalho subdivide a sociedade, a divisão parcelada do trabalho subdivide o homem. Neste enlace,

“o trabalho deixou de ser parte da vida para se tornar um meio de prover a vida”, reduzido a uma abstração racional, revestido de anonimato, e não considerando as experiências e os saberes de quem o executa, passando-se a vinculá-lo ao dinheiro, à produtividade e ao desenvolvimento econômico. A noção moderna sobre ele guarda a íntima relação com o tipo

particular de racionalidade econômica, desenvolvida a partir do capitalismo, ao se instaurar um mercado capitalista onde se estabelece a relação capital e trabalho, ou seja, relação assalariada. Essa relação – designada emprego – passou a desempenhar o papel de inserção dos indivíduos na sociedade fazendo-os internalizarem o dever de trabalhar. A família e a escola os preparam, desenvolvem o sentimento de pertencimento a uma comunidade de produtores, e ao fim usufruem de uma aposentadoria como retribuição de uma vida inteira de labor” (Araujo *et al.*, 2006, p. 163–165).

Antunes (1995 *apud* KOSTER, 2008) designa a classe trabalhadora, atualmente visualizada como homens e mulheres que vivem da venda da sua força de trabalho, em sua maioria, assalariado, como a “*classe-que-vive-do-trabalho*”. O trabalho, nesse contexto, apresentou modificações importantes em suas configurações, distribuições e, sobretudo nas relações entre empregados, trabalhadores e a sociedade de um modo geral, com consequências que atualmente tem se tornado desafio para todos, não excluindo o campo da saúde.

Mediante a rápida expansão industrial e a adoção de um novo padrão tecnológico que incluía concentração técnica e financeira, foi necessário, ao capitalismo, organizar novas formas de gestão do trabalho. Iniciou-se a produção em série e os altos lucros exigindo a introdução de novos instrumentos de trabalho e a redefinição do trabalho para atender à velocidade e ao novo ritmo de produção. Nesse contexto de turbulências, desenvolveu-se a administração científica.

Assim, economistas clássicos lançaram-se sobre os problemas da organização do trabalho no seio das relações capitalistas de produção, iniciando-se os preceitos da administração científica.

Frederick Taylor, no fim século XIX, destacou-se por prover uma sistematização nos princípios que modelaram as empresas capitalistas modernas. Pautava-se nos fundamentos da organização do processo de trabalho e do controle sobre eles. Defendia que era necessário separar o processo de planejamento da execução, transferindo o pensar para o administrador e, dessa forma, parcelando, fragmentando o processo de trabalho em etapas, o trabalho operário, retirando-lhe o conhecimento global do processo produtivo. Assim, os princípios de Taylor imprimiram ao trabalho rapidez, maior produtividade e maior extração de mais valia, resultando em alienação dos trabalhadores. (BRAVERMAN, 1987).

Em Taylor, a questão fundamental era o controle do trabalho alienado, da força de trabalho comprada e vendida. O controle que antes envolvia a

definição das tarefas, da jornada de trabalho, das normas para evitar distração ou diminuição do ritmo de trabalho, passa a ser diferente, estabelecendo como as tarefas têm de ser executadas, e em que ritmo. As regras são estabelecidas pela gerência, cabendo ao trabalhador apenas executá-las nos devidos tempos em que for previamente determinado. Está assim perfeitamente estabelecida a relação entre concepção e execução do trabalho. (PIRES, 1998, p. 33).

Segundo Merhy (2007), Taylor defendia que o operário, sem ser controlado pelo capitalismo transformaria a fábrica em seu jeito e nem sempre este jeito era o melhor para a lucratividade e a competição no mercado. Com esse argumento,

[...] desenvolveu um conjunto de tecnologias de gestão de processos de trabalho que permitia capturar a autonomia do trabalhador no exercício do seu trabalho vivo, a fim de subordiná-lo aos interesses capitalistas da empresa. Pois só a captura realizada pelas tecnologias duras não era suficiente. (MERHY, 2007, p. 55).

De acordo com Tragtenberg (1974) e Faria (1985 *apud* Matos, 2002), o Taylorismo fundamentava-se no controle dos capatazes sobre os trabalhadores, mediado por incentivos financeiros, propondo-se tarifa diferencial com vistas a obter maior produtividade do trabalho. Pautava-se na afirmativa que as pessoas eram movidas e motivadas intensamente por interesses materiais e salariais de onde surge o termo “*homo economicus*”. Surge o monopólio do conhecimento, absorvido pelos gerentes que controlam as fases do processo de trabalho e a forma de como o trabalho é executado.

Com o Taylorismo, a atuação da gerência como detentora do conhecimento e ordenadora da produção chega a um patamar inédito para época. A gerência atua racionalizando a produção, estabelecendo, por meio de critérios rígidos, os modos e os tempos de produção no rendimento dos trabalhadores e colocando-os sobre uma estrutura hierárquica que vigia e fiscaliza a produção. (BRAVERMAN, 1981).

Nesse contexto, Frederick Winslow Taylor (1856 -1915), no final do século XIX, nos Estados Unidos da América (EUA), cria o termo “gerência científica” para normatizar um novo formato de gestão capitalista do trabalho, a qual é definida por Braverman (1981, p.) como “[...] um empenho no sentido de aplicar os métodos da

ciência aos problemas complexos e crescentes do controle do trabalho nas empresas capitalistas em rápida expansão.”.

Com o rápido desenvolvimento da indústria e dando prosseguimento a estruturação do trabalho, Ford (1863 - 1947), com a mesma preocupação de Taylor em eliminar os tempos mortos, transformando-os em tempos produtivos, requalifica os princípios de Taylor e leva às últimas consequências a separação entre planejamento e execução; a desqualificação e o parcelamento de tarefas. (PIRES, 1998).

Segundo Braverman (1987), Ford criou a "esteira rolante" em 1914. Por meio desta esteira eram transportados os carros, que na medida em que passavam, com paradas periódicas, os homens iam executando o trabalho, por meio de operações simples, alienadas e fragmentadas. Essa forma de trabalho levou a mudança da organização do trabalho, acelerando a produção, no controle da gerência e da máquina em todas as etapas do trabalho e no achatamento do salário dos operários. Esse modelo foi incorporado em larga escala pela indústria automobilística e pela indústria em geral.

A esteira que leva o trabalho até os operários veio para resolver a questão do controle dos tempos e movimentos, que passam a ser determinados pelo ritmo de funcionamento das máquinas, diferindo-se do taylorismo, em que o ritmo é baseado no rendimento individual do operário.

Pires (1998, p. 29-35) designa o fordismo como:

[...] uma forma de produzir semi-automatizada, onde o trabalho humano é extremamente fragmentado e simplificado e o ritmo é totalmente definido pelas máquinas. O homem é subordinado à máquina. É o método de produção em massa, de produtos padronizados, com economia de força de trabalho. [...] o termo 'fordismo' tem sido utilizado tanto para caracterizar um processo de trabalho especial, desenvolvido na planta industrial, quanto para designar uma forma de organização social e de intervenção estatal ou um regime de acumulação.

O trabalho em parcelas e fomentado de forma fragmentado reduz a ação criativa do operário a um aporte repetitivo de atividades, que foi designado por Antunes (1999 *apud* MALTA; MERHY, 2003) de "desantroporfização do trabalho", por meio da qual o homem passa a ser apenas o apêndice de uma máquina

ferramenta, que garanta ao capital maior extração do sobretrabalho e consequentemente o maior lucro.

Pires (1988, p. 33-34) salienta o papel do taylorismo na perspectiva de controlar o operário através do papel do gerente.

A gerência racionaliza a produção, definindo o modo e os tempos de produção; estabelecendo, rigidamente, os rendimentos dos trabalhadores e colocando-os sob uma estrutura hierárquica que vigia e fiscaliza a produção. [...] Para os trabalhadores, os novos princípios organizacionais representam maior degradação das condições de trabalho, em função de suas características opressivas, alienantes e desqualificadoras.

O modelo taylorista/fordista espalhou-se pelo mundo e foi fortemente difundido no setor industrial e influenciou também outros setores, como o de serviços e, mesmo hoje, apesar das duras críticas que tem recebido ao longo dos anos, continua sendo amplamente difundido.

Em meio aos vários problemas conhecidos na formatação do trabalho utilizando-se os moldes taylorista/fordista, Matos (2002, p.19) destaca que:

[...] a fragmentação do trabalho com desconhecimento do processo de produção como um todo pelos trabalhadores; separação entre concepção e execução levando à desmotivação; desequilíbrios nas cargas de trabalho; controle gerencial do processo de produção e hierarquia rígida.

Esses moldes de produção do trabalho taylorismo/fordismo mantiveram-se hegemônico durante quase todo o século XX. Somente entre o final dos anos 60 e início dos anos 70 que esse modelo produtivo começou a apontar sinais de esgotamento.

A explicação para o início do esgotamento/crise desse modelo, segundo Pires (1998), até nos tempos atuais é motivo de debates e muitos estudos. Alguns estudiosos enaltecem os aspectos econômicos, outros os aspectos político-culturais e outros aos aspectos tecnológicos. O mesmo autor coloca que o motivo não está centrado em um único aspecto, a crise desse modelo de desenvolvimento pós-guerra é uma crise estrutural, envolvendo diversos aspectos e múltiplas determinações.

Esta crise vivenciada pelo capitalista nos anos 70 leva, consequentemente, a uma nova reestruturação produtiva do trabalho no capitalismo,

tendo como principais objetivos a redução de custos e o aumento da produtividade e da taxa de lucros.

Nesse contexto, nasce um novo modelo que redesenha os moldes do processo de trabalhos por meio de uma nova forma de gestão da empresa, abrindo processos de subjetivação dos trabalhadores. Este novo modelo ficou conhecido como Toytismo ou Ohnismo (por ter sido idealizado por Taichi Ohno), que segundo Antunes (1999) e Frando (2002*apud* MATA; MERHY, 2007, p. 63)

[...] se inspira nas mudanças do processo de trabalho desenvolvidas na Toyota, no Japão pós guerra e que rapidamente se propagaram pelo país e outras partes do planeta. As principais características desse novo modelo seriam: produção visando atender um mercado consumidor mais exigente, portanto mais individualizado, diferenciando-se da produção em série do taylorismo/fordismo; fundamenta-se no trabalho em equipe, com multivariabilidade de funções, rompendo o caráter parcelar típico do fordismo; processo produtivo mais flexível, permitindo ao operário operar várias máquinas; melhor aproveitamento da produção, princípio *just in time*, reposição rápida de peças e estoques; estrutura das empresas horizontalizada, reduzindo gerências intermediárias; organização de círculos de controle de qualidade, onde grupos de trabalhadores são estimulados a discutir seu desempenho e estímulos. Além disso, o toyotismo adotou o emprego vitalício.

Franco (2002 *apud* MALTA; MERHY, 2003) descreve a importância do toyotismo por dar ênfase no trabalho coletivo, colocando-o como um dos pilares de reorganização do processo de trabalho, somado à valorização do conhecimento múltiplo e criativo, vindo de encontro ao conhecimento parcelar do fordismo.

Nesse modelo o trabalho vivo sofre uma captura menor do que no modelo taylorismo/fordismo, ele se impõe para atender ao novo formato do mercado consumidor. Paradoxalmente a este processo, houve uma maciça incorporação de novas tecnologias, uma grande substituição de trabalho vivo por trabalho morto nos processos produtivos, além disso manteve-se o objetivo de aumentar o ritmo de trabalho e a consequente produtividade. (MALTA; MERHY, 2003, p. 63).

Os moldes de trabalho vigentes atualmente em saúde devem estar passando por um sistema de modernização, trabalhando na perspectiva da democratização, com a criação de condições favoráveis para participação dos trabalhadores e da população no processo de decisão, provocando-se mudanças do processo de trabalho em saúde. O modelo burocrático atualmente vigente deve ser

superado e repensado, mediante a participação, democratização da gerência, do processo decisório, incluindo os trabalhadores como sujeitos na formulação de diretrizes, indivíduos antes considerados objetos da ação gerencial. (MALTA; MERHY, 2003).

Pires (1998) cita que os autores do final do século passado que estudam a sociedade humana apontam um crescimento significativo do chamado setor de serviço ou setor terciário da economia. O trabalho em saúde encontra-se no setor de serviços, o qual a mesma autora coloca:

É um trabalho da esfera da produção não-material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que produz é a própria realização da atividade. A prestação do serviço – assistência de saúde – pode assumir formas diversas, como a realização de uma consulta; uma cirurgia; um exame-diagnóstico; a aplicação de medicação; uma orientação nutricional etc. Envolve, basicamente, a realização de uma avaliação clínica seguida da indicação e, ou, realização de uma conduta terapêutica. (PIRES, 1998, p. 159).

Com o objetivo de tecer uma descrição mais direcionada sobre processo de trabalho em saúde baseado nas prescrições de Merhy, teórico referência neste estudo, o assunto será aprofundado no subcapítulo que se segue, o qual trará uma discussão sobre a micropolítica do trabalho em saúde e sobre o uso das tecnologias leves.

3.5.1.1 A micropolítica do trabalho em saúde e o uso das tecnologias leves

As atuais discussões que vêm sendo elencadas no que se refere ao processo de trabalho em saúde apontam para a pretensão de se operar mudanças nos modos de trabalhar na área, perpassando necessariamente pela abordagem dos aspectos da micropolítica do trabalho em saúde, visando a socializar o espaço e prover a busca de novos sentidos e formatos.

Merhy (2002), na publicação do livro **Saúde: a Cartografia do Trabalho Vivo** aponta todo um aparato de conhecimentos que transcendem os modelos tradicionais de fazer saúde, delineando uma nova visão sobre o processo de trabalho em saúde, na perspectiva de ato e de princípios.

Ressaltam-se dois conceitos importantes:

[...] “trabalho vivo” - refere-se ao trabalho em ato, o trabalho criador; o “trabalho morto” - refere-se a todos os produtos-meios (ferramentas, matérias primas) que são resultados de um trabalho humano anterior e o homem os utiliza para realizar um dado trabalho. (MATOS; MERHY, 2003, p. 63).

Merhy (2002) complementa colocando que há processos em que o peso das dimensões que expressam o trabalho morto é maior que o trabalho vivo e há outro que se apresenta de forma contrária. Exemplifica o primeiro caso como um processo de trabalho morto centrado na produção de uma máquina em uma metalúrgica e como segundo caso, um processo de trabalho vivo centrado, a produção de uma aula ou dos atos de cuidar em saúde.

Quando ocorre a captura do trabalho vivo de forma que o homem fica impossibilitado de exercer ações de forma autônoma, ele se torna trabalho morto. Um exemplo ocorre em uma linha de montagem, na qual o capitalista controla a tal ponto o autogoverno do trabalhador, que organiza o trabalho, delineando previamente todas as características do produto final. Dessa forma, o trabalho vivo é capturado e domesticado. (MERHY, 1997).

O processo de captura do trabalho vivo pelo trabalho morto, em certas produções, é diferenciado, ou vice-versa, permitindo imaginar situações nas quais o exercício do protagonismo / liberdade ou do protagonismo / reprodução estejam ocorrendo no mundo geral de produção, tanto na conformação tecnológica dos atos produtivos, quanto nos modos de governá-los. (MERHY, 2002, p. 45).

Outro discurso fomentado por Merhy (2002) refere-se à transição tecnológica no setor saúde, tema quase que não estudado em período anterior ao seu. Cita com exceção o estudo realizado por Denise Pires, em 1996, que tratou do assunto, mesmo que com conotação diferenciada da sua.

Ele faz uma crítica ao estudo, quando Pires (1998) afirma que a reestruturação produtiva em saúde está se dando pela entrada de tecnologias de ponta, representadas pelos equipamentos. Ao discursar sobre o assunto, Merhy (2002) coloca que Pires:

[...] por não imaginar que a reestruturação produtiva é algo mais intenso e que está estrategicamente articulada a novos territórios tecnológicos não materiais, a autora não consegue evidenciar que as alterações mais significativas, em seu campo de investigação, não são as articuladas por remodelagens da própria medicina tecnológica e sua base profissional – o médico especialista e seus equipamentos tecnológicos – mas, pelo contrário, devem estar ocorrendo no terreno das tecnologias não-equipamentos, o território das tecnologias leves e leve-duras, e que se expressam nos processos relacionais dos atos de saúde e nas práticas que governam os atos produtivos, nos processos de trabalho e na sua capacidade de gerar novas modalidades de produção do cuidado, bem como de governá-las. (MERHY, 2002, p. 29).

O mesmo autor afirma que o campo de atuação do trabalho vivo em ato, na sua destreza em gerar novos arranjos tecnológicos e novos rumos para os atos produtivos em saúde, é o local central da transição tecnológica do setor saúde, sendo assim, o território em disputa pelas várias forças interessadas neste processo.

No trabalho em saúde, no que se refere à autonomia do trabalho vivo, são visíveis as diferenciações quando se compara com outros setores da economia. Um trabalhador em uma indústria tem o seu processo de autonomia controlado, pois o planejamento do que se deve fazer já é decidido antecipadamente, ou seja, o produto do seu trabalho. Já na área da saúde, mesmo que o trabalho vivo seja capturado pelas tecnologias mais estruturadas (duras e leve-duras) ou se estiver também submetido ao controle empresarial, no encontro entre o usuário e o consumidor dá-se o espaço intercessor com muitas possibilidades de se prover mudanças, permeado de atos criativos é extremamente difícil capturar o trabalho vivo em ato na saúde. Esse espaço é sempre conflituoso, existindo diversas possibilidades de desdobramentos (MERHY, 1997; MERHY, 2002).

No encontro de sujeitos criam-se espaços de relações, ocorrem interseções entre os dois, ou seja, este encontro não é uma simples somatória de um com um outro, mas sim o resultado de um processo singular pelo encontro dos dois em um único momento. Assim também, no encontro do trabalhador de saúde com o usuário, estabelecesse entre eles um espaço intercessor que sempre ocorrerá em seus encontros e em ato. Este momento, o da produção e consumo dos atos de saúde, é um momento especial, portador de forças "instituintes". Nos modelos de assistência predominantes hoje, nas relações produzidas nos serviços de saúde, os espaços intercessores são preenchidos pela "voz" do trabalhador e pela "mudez" do usuário. Esta relação em saúde deveria ser não desta forma, "objetal", mas do tipo "interseção partilhada", ou seja, onde aconteçam interações. Assim, se ela ocorrer baseada na "mudez" e no "autoritarismo", haverá perda quanto ao mútuo processo instituinte. (MERHY, 2003, p. 64).

Merhy (2002) reforça colocando que, no referido encontro, o agente, considerado produtor, porta conhecimentos, equipamentos, tecnologias, enquanto o agente, considerado consumidor, expressa da mesma forma seus conhecimentos e representações. Ambos são portadores de necessidades definidas em processos sociais e históricos. Todo o processo de trabalho é permeado por lógicas diferentes, que se mostram como necessidades em disputa, como forças instituintes nas suas instituições. De um lado, a presença de uma linha de força médico-hegemônica, que se coloque positivamente e do outro a linha de força a do usuário, que também atua de forma instituinte na busca de sua "autonomia". O lugar que revela estas disputas das distintas forças instituintes é denominado pelo autor de espaço intercessor. Dessa forma, um dado processo instituído pode capturar ou ser invadido por essas forças.

Franco (2006, [s.p.]) traz que o trabalho vivo em ato

[...] é autogovernável e, portanto, passível de subverter a ordem e a norma, e abrir linhas de fuga em que ele possa se realizar com maiores graus de liberdade, mostrando sua potência criativa. E isso, quando os trabalhadores de saúde desejam, eles fazem e operam nas suas relações outros fluxos de conexão com suas equipes, outras unidades de saúde e principalmente com os usuários. Nesses casos o cuidado vai se produzir na rede que se formou e não na estrutura que permanece rígida sob o império da norma. É de certa forma comum trabalhadores que, por atuarem assim, tornam-se "inadaptados" aos serviços e se tornam nômades na rede de saúde, começam a transitar em diferentes equipes e unidades, fazendo vínculos e rupturas, como se fossem perseguidos por um fantasma que tenta enquadrá-los sob certa conduta para o trabalho. Esse fantasma é a instituição da norma sob a qual o trabalho vivo perde sua potência resolutiva.

O processo de trabalho em sua micropolítica, de acordo com Merhy (2002), deve ser entendido como um local de disputa de distintas forças instituintes presentes nos modos de produção, até as que se apresentam nos processos imaginários e desejantes, e no campo do conhecimento, que os diferentes homens em ação constituem.

O mesmo autor completa refletindo que não cabe o discurso de impotência na micropolítica do processo de trabalho em saúde, pois se o processo de trabalho está constantemente permeável à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre atravessado por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar. No campo da tecnologia em saúde, ao se tomar como eixo

norteador o trabalho vivo em ato, que é essencialmente um tipo de força que opera permanentemente em processo e em relações.

Na micropolítica dos processos de trabalho em saúde é necessário compreender que **os núcleos de intervenções tecnológicas** - no campo das tecnologias duras, leve-duras e leves – **permitem processos muito singulares de transições para processos de reestruturações produtivas no setor saúde**, marcados **pelo lugar central ocupado pelo território das tecnologias leves** (MERHY, 2002, sp , grifos do autor).

Outra questão a ser debatida no processo de trabalho em saúde refere-se à organização parcelar do trabalho, a especialização excessiva, levando a fixação do profissional em certa etapa de um projeto terapêutico e a repetição mecânica de atos parcelares, produzindo alienação.

Segundo Pires (1998), na organização dos serviços de saúde permanece a lógica das especialidades, na qual impera a lógica da fragmentação, do parcelamento do homem, com o predomínio do modelo biológico positivista de entendimento das doenças. O aumento da especialização na área da saúde, apesar de ficar mais visível no que se refere ao trabalho médico, ocorre, também com os profissionais das demais áreas, resultando no fenômeno de especialização do conhecimento humano.

A prática fragmentada na área da saúde, de acordo com Souto (2007. p. 76),

a análise e o conhecimento da realidade – a lógica da segmentação e da produção de serviços segundo a demanda caótica organizada por prestação de serviços geram um amontoado de dados sem ligação uns com os outros, obstruindo a gestão participativa, ao obscurecer e interditar a visualização, o conhecimento e a análise da realidade.

a cooperação – induz a competição e não a cooperação por estimular a ação isolada que ignora iniciativas que poderiam, se associadas, influir e transformar significativamente a realidade.

a responsabilidade sanitária – a lógica da fragmentação induz a um produtivismo cego e perdulário sem gerar impacto algum sobre os indicadores de melhoria da qualidade da população.

Esta crescente especialização dos médicos e dos demais profissionais da saúde está levando a um decréscimo da capacidade de resolver os problemas e ampliando a alienação desses profissionais em relação ao resultado e à prática. Cada especialista se encarrega de uma parte da intervenção e, dessa forma, em

tese ninguém pode ser responsabilizado pelo resultado do tratamento. Esse modelo se aplica também no cotidiano da Saúde Pública. Mediante essa situação ocorre uma progressiva perda da eficácia das práticas clínicas, diminuindo a capacidade de cada profissional resolver problemas. As áreas básicas tendem a trabalhar cada vez mais atuando como triadoras, avaliando riscos e encaminhando para os especialistas. Isso provoca mais e mais a necessidade de especialistas envolvidos, mais aparatos para apoio diagnóstico, aumento dos custos e maior imposição de sofrimento e restrições aos pacientes. (CAMPOS, 1997).

Ao prover uma comparação com as empresas não-saúde, na qual estamos percebendo mudanças na organização do trabalho que rompem com o modelo fragmentado da produção taylorista, no setor saúde o modelo tradicional de organização do trabalho assistencial vem seguindo duas lógicas, a do trabalho do tipo artesanal e a do trabalho parcelado da divisão manufatureira do trabalho. Essas duas lógicas convivem em um mesmo espaço. As ações são compartimentalizadas, com muito poucos espaços de integração, com relações hierárquicas de comando. (PIRES, 1998).

Eventualmente, um ou outro profissional pode imaginariamente pensar que seu saber e fazer se sobrepõe aos dos outros trabalhadores da saúde, cultura essa construída pela tradição das corporações e sua forma amesquinhada de ver o mundo da produção da saúde. Mas essas impressões ilusórias sobre o trabalho em saúde não resistem a um pequeno exercício de observação no espaço da micropolítica, onde é fácil verificar que ali se processa uma rede de relações, auto-referenciada nos próprios trabalhadores, que entre si vão definindo os atos necessários à produção do cuidado, a cada usuário que chega, em movimentos que se repetem no dia-a-dia dos serviços de saúde. Dessa rede não estão excluídos nem mesmo os trabalhadores das áreas de “apoio” como, por exemplo, da higienização, onde todos sem exceção são “dependentes” do trabalho que é executado com o fim de manter uma unidade de saúde em condições de biossegurança (FRANCO, 2006, [s.p.]).

Segundo Campos (1997), nesse formato tradicional de se fazer saúde, o trabalhador não se sente sujeito ativo no processo de reabilitação, perdendo o contato com elementos que potencialmente estimulam sua criatividade, provocando uma desresponsabilização pelo objetivo final da sua intervenção. Na busca de reversão deste quadro, devemos procurar aproximar o trabalhador do resultado do seu trabalho, valorizando o seu orgulho profissional pelo esforço singular de cada caso. Faz-se essencial abrir espaço para a liberdade criadora, para a autonomia profissional, bem como para a reinvenção de novas maneiras cotidianas de operar a

instituição ou o seu local de trabalho. Um dos caminhos para se trabalhar esse problema refere-se à retomada dos generalistas e a constituição das equipes multiprofissionais, como se as equipes compensassem a falta de responsabilização e a fragmentação que a especialização excessiva tem criado e legitimado.

O trabalho em saúde deve ser um trabalho essencialmente produzido no coletivo, realizado por diversos profissionais de diversas áreas do conhecimento, preparados para realizar uma série de atividades necessárias para manutenção da estrutura institucional. (PIRES, 1998).

Segundo Franco (2006), o trabalho em saúde se produz a partir de encontros e desencontros entre trabalhadores e desses com os usuários. São fluxos permanentes entre pessoas, e esses fluxos são operativos, políticos, comunicacionais, simbólicos, subjetivos e produzem uma interligada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo. A concepção de redes nesse processo provoca a ideia de pertença, isto é, os trabalhadores pertencem uns aos outros enquanto equipe que opera mesmo que na informalidade. Fazem parte também de uma rede maior que faz fluxos-conectivos com outras equipes e unidades de saúde e tem suas conexões expandidas para o território da área da unidade ou equipe e o domicílio do usuário.

Os trabalhos profissionais em saúde, apesar de suas especificidades de conhecimento de prática, são parte do conjunto que resulta na assistência a seres humanos, que são totalidades complexas. Como as instituições assistenciais não refletem sobre o processo de trabalho que as especifica – “o assistir em saúde” – não trabalham com planejamento e não têm uma prática de participação dos trabalhadores no pensar e organizar o trabalho, perdem a riqueza da percepção dos diversos grupos profissionais, bem como não fazem a integração interdisciplinar, que possibilitaria um salto qualitativo no patamar de conhecimento e na prática assistencial em saúde. Desse modo, a especialização do conhecimento, ao invés de possibilitar avanço, gera fragmentação e alienação. (PIRES, 1998, p. 162).

De acordo com Campos (1997), faz-se necessário prover a construção de caminhos para fugir das polaridades representadas de um polo, pela especialização excessiva, geradora de verticalidade na organização dos processos de trabalho em saúde com intendo desentrosamento das equipes; de outro, por uma completa horizontalização, igualando-se virtualmente todos os profissionais sem se ater às

especificidades de cada profissão. Haveria que se prover a combinação de graus de polivalência com certo nível necessário e inevitável de especialização.

Segundo Merhy (2003), o processo de trabalho, enquanto micropolítica, deve ser estrategicamente o lugar da mudança, focando-se não no modelo médico-hegemônico, mas pela ética do compromisso com a vida, utilizando-se uma postura acolhedora, com o estabelecimento de vínculos, buscando a resolutividade e a criação de autonomia dos usuários. A reorganização desse processo deve passar pela qualificação da força trabalho dos profissionais, integração dos profissionais na assistência, priorizando o trabalho multiprofissional e qualificando o produto final ofertado.

Barembliitt (1996 *apud* MERHY, 2003) remete outro passo que considera fundamental, que se pauta na ampliação de espaços democráticos de discussão e decisão, proporcionando a ampliação de espaços de escuta, de reciprocidade, trocas e decisões coletivas. Nesse contexto, implica-se na criação do sujeito coletivo, representando uma força propulsora que critica as forças paralisantes da instituição, provocando mobilização das forças instituintes que tendem a transformar as instituições, desencadeando um intenso movimento de forças criativas, mobilizando energias e propostas inovadoras.

Merhy (2003) fomenta que para que as mudanças sejam possíveis deve-se ter como referência os pressupostos de garantia do acesso e acolhimento aos usuários, responsabilização/vínculo, integralidade na assistência, democratização (participação de trabalhadores e usuários na gestão), gestão pública e adequação à realidade local. Dessa forma, esse movimento objetiva criar novos moldes de trabalho em saúde pautados na necessidade de responder ao sofrimento dos usuários, buscando articular novas forma de prestação de assistência que possa lhes dar proteção ou resolução dos seus problemas.

3.5.2 O Processo de Trabalho do Coordenador da Estratégia Saúde da Família

Como colocado anteriormente, os termos gerência e coordenação da Estratégia Saúde da Família serão tratados como sinônimos no que tange ao discurso sobre gerenciamento, na perspectiva que os fazeres se entrelaçam, na

perspectiva de gestão de um serviço de saúde, com suas peculiaridades que as definem.

Historicamente, em especial após a revolução industrial com o advento dos modelos taylorista e fordista, o papel da gerência configurou-se num formato burocrático e centralizador do poder e de conhecimento, desenvolvendo atividades verticalizadas. Esse modelo influenciou e continua influenciando os serviços de saúde, tornando-se um referencial normativo e tradicional.

As funções de gerência surgem no ato exercício do trabalho no início do modo de produção capitalista, estabelecendo-se como uma forma de controle da produção. De tal modo que o controle é o conceito fundamentalmente imerso na maioria das teorias e sistemas gerenciais, em especial, na taylorista / fordista, que caracteriza a administração científica. (BRAVERMAN, 1987).

O pensamento da Administração Científica ainda continua imprimindo um estilo de governar e que seus princípios gerais ainda não foram superados. Mesmo que tenha havido uma ampliação do campo da gestão, a disciplina e o controle continuam sendo o eixo central dos métodos de gestão. O autor denomina estes moldes taylorismo de “Racionalidade Gerencial Hegemônica”. (CAMPOS, 2000).

Mishima (2003) pontua que o conceito do trabalho, nos moldes tradicionais, coloca a gerência como uma atividade extremamente burocrática, no contexto de manipular papéis, tornando o trabalho rotinizado, pré-determinado, com reduzidas chances de criação, no qual se tem uma ampla padronização e inflexibilidade frente às normas colocadas. Essa característica se contrapõe à busca de se desenvolver um trabalho com uma visão mais ampla. O perfil que surge na prática é estritamente burocrático, não sendo a princípio, necessária nenhuma atuação nas questões técnicas ou relacionais à política de saúde.

As teorias gerenciais em uso nasceram e foram desenvolvidas para serem aplicadas nos setores industriais e não em Serviços de Saúde, levando, dessa forma, há enumeradas dificuldades administrativas para o setor de serviços devido à ausência de formulações teóricas sobre gerência próprias para esse setor (ERMEL; FRACOLLI, 2003).

Os mesmos autores enfatizam que abordar o tema gerenciamento em saúde a partir de sua dimensão política é uma tarefa complexa, porque exige que este processo de trabalho produza ações nos âmbitos estrutural (no que se refere ao

valor e legitimidade social da área da saúde) e político (no tangente ao equilíbrio de interesses de grupos sociais, visando priorizar a saúde), assim como, a satisfação das demandas operacionais por saúde.

Campos (2000), mediante a situação de burocratização da gerência, afirma que as estratégias a serem utilizadas para viabilização do SUS não podem ser baseadas centralmente na subordinação dos trabalhadores de saúde por meio de métodos administrativos tayloristas. Concebemos a necessidade de se instrumentalizar uma dinâmica e funcionamento do sistema de tal forma que os denominados recursos humanos sejam um dos principais sujeitos do processo de mudança, assim como os usuários.

Merhy (2003) amplia a discussão no que se refere à necessidade de se prover mudanças nos moldes atuais, os quais ele considera como terreno da produção e cristalização dos modelos de atenção à saúde. Visualiza um campo de possibilidades para provisão dos processos de mudanças que permitem instituir novos arranjos no modo de fabricar saúde, configurando-se novos espaços de ação e novos sujeitos coletivos, referências para a realização de modificações no sentido das ações de saúde, em direção ao campo de necessidades dos usuários finais.

O mesmo autor complementa afirmando que os atuais formatos gerenciais utilizam-se das tecnologias leve-duras, das normatizações burocráticas e técnicas para o desenvolvimento do trabalho, havendo a necessidade de ampliação de seu campo de atuação utilizando-se das tecnologias consideradas leves, das relações, o que poderia possibilitar a emergência dos instituintes necessários para a recomposição do trabalho.

No ato de se repensar o desenvolvimento gerencial alinhado ao modelo assistencial centrado no cuidado, exige uma redefinição do papel do gerente. Merhy (1998) fomenta a discussão colocando que a remodelagem de um novo modelo assistencial, centrado no usuário e na defesa radical da vida, caminha pelo reordenamento das relações entre as tecnologias leves e duras, mediadas pelas leves duras. E levando em consideração o território das tecnologias leves não é campo específico de nenhum profissional, mas base para atuação de todos, um elemento vital para a ação dos diferentes profissionais de saúde.

Campos (1994) reflete sobre a gerência nos serviços de saúde, colocando-a como uma potente ferramenta para imprimir uma dada direcionalidade

ao processo de trabalho em saúde, no contexto da produção de cuidados de saúde, não havendo restrição ao desenvolvimento de atividades burocráticas como se têm verificado de forma proeminente nos serviços de saúde. Esse ensejo leva, portanto, a se refletir sobre a construção de alternativas que possam diminuir a distância entre os que comandam, dirigem e aqueles que executam cotidianamente as ações de saúde. Buscar que todos sejam de alguma forma gerentes, redistribuindo o poder de decidir.

A prática gerencial como uma ferramenta importante de transformação do processo de trabalho deve ter como um dos instrumentos a construção de relações entre as pessoas, onde a comunicação entre os profissionais, por exemplo, passa a ser um determinante comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação. A gerência, no dia-a-dia das unidades básicas de saúde, comporta esses vários tipos de relações, o que vai configurar o tipo de gestão e o papel dos dirigentes enquanto gestor e/ou gerente dos serviços de saúde. (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Merhy (2002) crer que a reestruturação dos processos de trabalho em saúde é um nó crítico importantíssimo a ser trabalhado pelo conjunto de gestores e trabalhadores dos serviços de saúde, na perspectiva de combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquista dos resultados, cura promoção e proteção.

O processo de trabalho de gerência da produção de serviços de saúde é considerado um forte instrumento para a efetivação de políticas públicas, pois consegue ser, concomitantemente, “condicionante” e “condicionado” pela maneira como se organiza a produção dos serviços de saúde e conseqüentemente o modelo tecnoassistencial em curso. (CAMPOS, 1994).

Vanderlei e Almeida (2007) pensam a gerência como potencial de transformação, percebendo-a como espaço instituinte, com ampliação da participação da equipe dos trabalhadores, repensando-se sua forma de produção e reprodução no que se refere ao gerenciamento dos serviços locais de saúde.

Merhy (1997) defende o preceito de que gerenciar serviços de saúde é atuar numa “dobra” entre a ação e o autogoverno dos sujeitos do trabalho em saúde. Reflete, ainda, que gerenciar é menos capturar sujeitos para um trabalho e mais construir sujeitos que possam ser criativos, éticos, tecnicamente competentes e associados a um projeto de saúde em defesa da vida das pessoas. Nesse enlace,

ele descreve alguns dispositivos que podem operar mudanças nos serviços de saúde, ao atuarem diretamente em determinados campos de gestão: o campo da política, o campo da organização e o campo dos processos de trabalho. Ele aposta que o cruzamento dessas dimensões (política, organizacional e processo de trabalho), debruçadas sob a ação de certos dispositivos de intervenção, capazes de atuar nos focos do gerir e do agir podem, como ação final, alterar a lógica do cuidado à saúde e, conseqüentemente, o modelo de atenção, a partir do interior dos serviços de saúde.

A gerência que se utiliza mais de tecnologias leves - das relações - e considera os profissionais de saúde e os usuários como atores em potencial na produção das ações de saúde, inclusive compreendendo-os como co-responsáveis do trabalho em saúde, se contrapõe à racionalidade gerencial burocratizada, normativa e tradicional. (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007, p. 445).

Nessa lógica, mediante as colocações de Vanderlei (2005), a função gerencial requer um conhecimento adequado da organização, no que se é definido formalmente ou informalmente e que gera o clima organizacional. Apontamos a importância de se visualizar o papel gerencial, não como um atributo individual, mas como um fenômeno relacional. Dessa forma, um gerente isolado de seu contexto e de seus subordinados é uma abstração, útil do no campo técnico, porém irrelevante quando se pretende contribuir para o aprimoramento do desenvolvimento gerencial.

O sentido de interrogar deve ser o de repensar as lógicas das intencionalidades, que permita caminhar para a “publicização” do espaço da gestão do processo de trabalho em saúde na qual elas se efetivam, pondo em jogo a possibilidade de incorporação de um outro campo de tecnologias, que é o que se articula com os processos de “governar” estabelecimentos (como organizações), e nos quais se faz presente o encontro do trabalho vivo em ato com os distintos agentes, com seus projetos e com seus métodos, referentes aos diferentes espaços de gestão (MERHY, 2002, p. 52).

Mediante os princípios e diretrizes que regem o SUS e os objetivos da Estratégia de Saúde da Família como integralidade e hierarquização, territorialização e adscrição da clientela, equipe multiprofissional, acolhimento, vínculo e a responsabilização, é imaginar uma gerência que se aproprie mais de tecnologias leves e tenha uma visão mais dinâmica dos processos organizacionais. Partimos da

compreensão de que existem fatos que não se enquadram nas regras e determinações organizacionais e, dessa forma, normas são insuficientes para direcionar as organizações. É preciso haver maior sentido de interdependência e lateralidade de pensamento para se compreender a realidade. A gerência dos serviços de saúde deve ser vista como um instrumento que possibilite o compartilhar de poder no interior das unidades e equipes de saúde e, nesse sentido, poderá se constituir em uma ferramenta importante na efetivação de políticas. (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Diante do modelo assistencial que se busca para o SUS e para ESF, visualizamos a gerência como uma ferramenta importante do processo de trabalho que apontam possibilidades de mudança. Nesse ensejo, destacamos a Saúde da Família, concebida pelo Ministério da Saúde como uma estratégia para a mudança do modelo assistencial, traz elementos que possibilita a construção de um trabalho diferente, através da qual o vínculo, a escuta, a responsabilização e as distintas formas de acolher o usuário são vistas como instrumentos para esse trabalho.

Nessa linha, pode-se dizer que a caixa de ferramentas dos gestores em saúde, no nível dos estabelecimentos, deve conter tecnologias que permitam a sua ação nos terrenos da política, das práticas institucionais e dos processos de trabalho.

[...] em saúde, governa desde o porteiro de uma unidade de saúde qualquer, passando por todos os profissionais de saúde mais específicos, até o dirigente máximo de um estabelecimento. Aliás, esta marca bem típica da saúde tem-se constituído em um dos paradoxos para as ações de governo: a necessidade de que a obtenção da qualidade de seu produto, o cuidado em saúde, é dependente do exercício mais autônomo de seus trabalhadores individuais e em equipe, mas esse exercício possibilita facilmente uma privatização dos processos decisórios e dos interesses em jogo (MERHY, 2002, p. 157).

De acordo com Ermel e Fracolli (2003), para que haja a realização dessa intervenção, o gerente necessita ter de dispositivos de intervenção capazes de atuar no autogoverno dos profissionais de saúde para poder alterar a lógica do cuidado à saúde e, conseqüentemente, o modelo de atenção a partir do interior dos serviços.

O poder de realizar a gestão de um serviço de saúde é propriedade de cada um dos agentes do trabalho desse serviço e de todos ao mesmo tempo, e prover a gerência é operar com o jogo de disputas desses distintos agentes mais do que buscar a funcionalidade não cumprida. Dessa forma, é desenvolver

intervenções que possibilitem publicizar os processos de disputa entre os agentes e a instituição e revelar a contratualidade que estes instituem entre si. (MERHY, 1997).

Para Vanderlei e Almeida (2007, p. 450),

[...] a gerência em saúde é uma atividade meio, cuja ação central está posta na articulação e integração, e que, ao mesmo tempo em que possibilita a transformação do processo de trabalho, é também possível de transformação mediante as determinações que se fazem presentes no cotidiano das organizações de saúde, ou seja, que se transforma diante da finalidade colocada para o trabalho.

Os autores referem ainda que cabe à gerência ter um caráter articulador e integrativo de forma que a ação gerencial seja determinante do processo de organização de serviços de saúde e essencial na efetivação de políticas sociais, em especial, as de saúde. Desse modo, em algumas situações, os escassos recursos de ordem organizacional, material, cognitiva e ética, fazem com que o trabalho da gerência se reduza a controlar e executar tarefas destinadas a alcançar o produto e o impacto esperado.

A percepção do conjunto das dinâmicas gerenciais em um serviço de saúde revela que o exercício por todos os trabalhadores, em sua dimensão assistencial, em espaços próprios de gestão do seu trabalho, se articula com a presença de espaços coletivos e públicos, nos quais os distintos trabalhos se encontram, enquanto certas linhas de satisfação de necessidades, sejam estas de usuários finais ou intermediários da própria organização. (MERHY, 2002, p. 171).

O papel dos gerentes na gestão compartilhada é primordial, levando ao rompimento com a racionalidade gerencial hegemônica e utilizando-se do poder descentralizado, provendo o envolvimento de toda a equipe da saúde da família para um projeto assistencial coletivo, provocando mudanças na prática atual de produzir saúde. Configurando-se, dessa forma, numa gerência que possa se ater das tecnologias leves – das relações – o que poderia levar a uma recomposição do trabalho e proporcionar mudanças no modo de fazer saúde.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Desenho da Pesquisa

Do ponto de vista metodológico, a abordagem utilizada foi do tipo qualitativa, buscando-se interagir com o objeto de conhecimento, ou seja, o processo de trabalho dos coordenadores da ESF, no entendimento dos contextos de relações imersas em um momento de mudanças de políticas públicas e de saúde no que concerne à reversão do modelo assistencial, que fortalecem os processos de gestão participativa, levando-se em consideração os diferentes significados das experiências vividas, na perspectiva de auxiliar a compreensão das relações presentes entre os coordenadores da ESF, suas ações e o contexto sociopolítico em que estão inseridos.

Como ponto referência, descrevemos a definição de Minayo (2003) sobre pesquisa qualitativa, o qual a concebe como sendo aquela que procura oferecer respostas a perguntas muito particulares, com preocupações voltadas, nas Ciências Sociais com uma realidade que não pode ser quantificada ao trabalhar com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um “[...] espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.” (MINAYO, 2003, p. 21).

Nesse contexto, levamos em consideração na adoção da abordagem qualitativa para este estudo o que é afirmado por Pereira e col. (2004), que apresentam exigência para atitudes fundamentais, das quais se configuram na abertura, flexibilidade e capacidade de observação, assim como a interação do investigador com os atores sociais envolvidos, na compreensão que outras relações podem ser apreendidas no transcurso do processo de investigação, dada a própria dinamicidade da realidade.

Refere-se a uma pesquisa do tipo exploratória e descritiva, com delineamento transversal, tendo em vista, segundo Minayo (2004), a análise do objeto de investigação em um determinado tempo histórico socioambiental.

A pesquisa exploratória, como é colocada por Leopardi (2001), oportuniza ao pesquisador condições para aumentar sua experiência em torno de um

determinado problema, proporcionando a primeira aproximação de um tema, visando prover maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno. O que casa bem com este estudo, no que se refere, como foi expresso na introdução, ao campo da coordenação da ESF ainda são poucas as pesquisas e produções encontradas no meio científico, sendo uma área de construção e consolidação de saberes e práticas recentes, havendo a necessidade da utilização do método exploratório na perspectiva de se prover uma maior familiaridade com o tema em estudo, para posteriormente proporcionar uma maior aproximação ao problema, no intuito de analisá-lo criticamente, através da pesquisa qualitativa.

No que se refere às pesquisas descritivas, Gil (2002, p. 42) esclarece que estas

[...] têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. [...] uma de suas características mais significantes está na utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, tais como o questionário e a observação sistemática.

Gil (2002) coloca ainda que as pesquisas descritivas em conjunto com as exploratórias são as que habitualmente realizam os pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática, o que corrobora com os objetivos deste estudo.

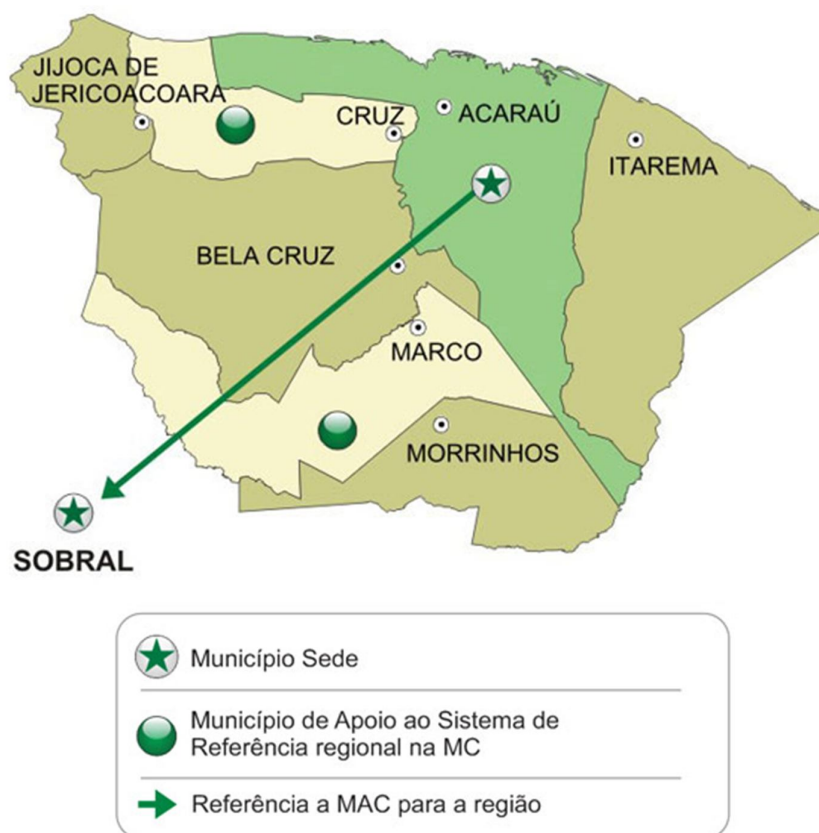
4.2 Campo do Estudo

Segundo Minayo (2003), o campo de pesquisa refere-se a um recorte que o pesquisador realiza em termos de espaço, o qual representará uma realidade empírica a ser estudada a partir das fundamentações teóricas que giram em torno do objeto de investigação, e em se tratando de pesquisa social, o lugar é o ocupado por pessoas e/ou grupos convivendo em uma dinâmica de interação social.

Levando-se em consideração que qualquer que seja o campo da pesquisa, este deve ser limitado para reduzir a abrangência e facilitar o estudo, como conotam Santos e col. (1998), o campo de abrangência para esta pesquisa foi composto pelo agrupamento de sete municípios que formam a 12ª Microrregião de Saúde do Estado do Ceará: Acaraú, Itarema, Marco, Bela Cruz, Cruz, Morrinhos e Jijoca de Jericoacoara.

A escolha dessa microrregião como campo a ser estudado foi realizada de forma intencional e deve-se ao fato de que o município de Marco-CE, no qual o autor desta pesquisa atuou como Coordenador da ESF por um período de seis anos, faz parte da 12ª Microrregião de Saúde e, em segundo lugar, a proximidade de todos municípios, assim como as características sociais, econômicas e culturais bastante comuns, facilitando o desenvolvimento deste estudo, o que vem convergir com a ideia de Santos e col. (1998), ao referirem que se deve levar em consideração as condições ambientais, socioeconômicas e culturais em que os sujeitos estão inseridos na delimitação do campo de pesquisa.

Figura 02 - Divisão territorial da 12ª- Região de Saúde do Ceará, de acordo com o processo de regionalização da saúde do referido Estado



Fonte: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

O Estado do Ceará tem seu território dividido em 22 regiões de saúde, de acordo com o Plano de Regionalização instituído, considerando o processo de regionalização e municipalização da saúde, conforme princípios do

SUS. A 12ª Região de Saúde, que é o campo deste estudo, situa-se ao noroeste do Estado e é formada por sete municípios circunvizinhos, conforme Figura 01.

Conforme o Plano de Regionalização, o município sede do Pólo de Saúde na região é Acaraú, tendo Marco como Módulo de Morrinhos e Bela Cruz e Cruz como Módulo de Jijoca de Jericoacoara.

A Região tem uma área territorial de 3.930,676 Km², sendo o município de Bela Cruz o maior em território com 843,21 Km² e o de Jijoca de Jericoacoara o menor com 204,793 Km², de acordo com a Tabela 01, apresentada abaixo. No que se refere à população, conforme mesma tabela, a Região é formada por uma população de, segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, 204.393 habitantes, tendo o município de Acaraú com a maior população (58.848 habitantes) e o de Jijoca de Jericoacoara com a menor (17.744 habitantes). Mesmo sendo o menor município territorialmente e a ter a menor população, Jijoca de Jericoacoara é o que apresenta maior densidade demográfica com 83,02 hab./Km² e Bela Cruz mesmo sendo o maior território, é o município que apresenta menor densidade demográfica, com 36,63 hab./Km².

Tabela 01 - Distribuição dos municípios da 12ª- Região de Saúde do Ceará por área territorial, população 2010 e densidade demográfica

Municípios	Área Territorial Km²	População 2010	Densidade Demográfica hab./Km²
Acaraú	842,559	58.848	68,31
Bela Cruz	843,021	24.150	36,63
Cruz	329,945	22.887	68,13
Itarema	720,664	34.500	52
Jijoca	204,793	17.744	83,02
Marco	574,138	24.703	43,03
Morrinhos	415,556	21.561	49,81
12ª- CRES	3930,676	204.393	57,27

Fonte: IBGE (2014).

A densidade demográfica da Região (57,27 hab./Km²) está muito próxima da densidade do Estado do Ceará, segundo IBGE, que é de 56,76 hab./Km², com municípios mostrando diferenças consideráveis para mais, como Jijoca de Jericoacoara (83,02 hab./Km²) e para menos como Bela Cruz (36,63 hab./Km²).

A Tabela 02 traz a distribuição dos sete municípios da 12ª Região de Saúde de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano, mostrando que, mesmo próximos e formando a mesma região de saúde, existem diferenças notáveis no que se refere a este indicador entre os municípios, tendo Jijoca de Jericoacoara com um IDH de 0,652 e Morrinhos com 0,588 como extremos.

Ao compararmos com o Ceará, que apresentou em 2010 um IDH de 0,682, segundo Atlas Brasil 2013 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, citado pelo IBGE, todos os municípios apresentam IDH abaixo.

Tabela 02 - Distribuição dos municípios da 12ª- Região de Saúde do Ceará de acordo com o índice de Desenvolvimento Humano (IDH), 2010

Municípios da 12ª- RS-CE	IDH 2010
Acaraú	0,601
Bela Cruz	0,623
Cruz	0,632
Itarema	0,606
Jijoca	0,652
Marco	0,612
Morrinhos	0,588

Fonte: Atlas Brasil 2013 Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, citado pelo IBGE (2010).

No que se refere aos óbitos por causa, a Tabela 03 traz a distribuição de acordo com a classificação dos grupos da CID 10 para o ano de 2013 no Estado do Ceará e na 12ª Região de Saúde do Ceará deste Estado. A incidência dos óbitos na 12ª Região de Saúde do Ceará aparece na mesma conjuntura do Estado do Ceará, com as doenças do aparelho circulatório com a principal causa, seguido das causas externas, superando as neoplasias e as doenças do aparelho respiratório. Destacamos uma menor incidência de óbitos por causas externas na região quando comparado ao Estado.

No Brasil, o ranqueamento no que se refere aos óbitos por neoplasias e causas externas é o inverso do que se vê para o Estado do Ceará e para a 12ª Região de Saúde do Ceará, sendo de 15,75% por neoplasias e 12,46% por causas externas, segundo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) (2011). Além dessa inversão, podemos perceber um grande diferencial percentual no que se referem aos óbitos por causas externas no Brasil (12,46%) e

no Ceará (16,92%), configurando-se em um grande problema de saúde pública para o estado.

Tabela 3 - Distribuição dos óbitos segundo as causas classificadas pelo CID 10, do Estado do Ceará e da 12ª Região de Saúde do Ceará do Ceará, 2013

Causas de Óbitos Segundo Cap CID 10	Ceará		12ª- RS-CE	
	Nº-	%	Nº-	%
I. Algumas doenças infecciosas e parasitárias	2.024	3,86	34	3,12
II. Neoplasias (tumores)	7.599	14,50	144	13,20
III. Doenças sangue órgãos hemat e transt imunitár	245	0,47	6	0,55
IV. Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	2.763	5,27	90	8,25
V. Transtornos mentais e comportamentais	991	1,89	14	1,28
VI. Doenças do sistema nervoso	1.094	2,09	24	2,20
VII. Doenças do olho e anexos	2	0,00	0	0,00
VIII. Doenças do ouvido e da apófise mastoide	8	0,02	0	0,00
IX. Doenças do aparelho circulatório	13.257	25,30	300	27,50
X. Doenças do aparelho respiratório	5.282	10,08	120	11,00
XI. Doenças do aparelho digestivo	2.180	4,16	44	4,03
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	185	0,35	5	0,46
XIII. Doenças sist osteomuscular e tec conjuntivo	192	0,37	0	0,00
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	958	1,83	20	1,83
XV. Gravidez parto e puerpério	82	0,16	0	0,00
XVI. Algumas afec originadas no período perinatal	2.512	4,79	68	6,23
XVII. Malf cong deformid e anomalias cromossômicas	468	0,89	15	1,37
XVIII. Sint sinais e achad anorm ex clín e laborat	3.686	7,04	51	4,67
XX. Causas externas de morbidade e mortalidade	8.862	16,92	156	14,30
TOTAL	52.390	100	1091	100

Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará/COPROM-NUIAS (2014).

No que se referem aos equipamentos que formam a Estratégia de Saúde da Família nos municípios da 12ª Região de Saúde do Ceará e neste Estado, a Tabela 04 retrata as coberturas por equipes de saúde da família na última vigência de 2013, através da qual podemos perceber que a cobertura na 12ª Região de Saúde (89,29%) é superior da cobertura encontrada no Estado (73,46%), com uma boa diferença, mostrando a importância que é dada a essa política na Região.

Apesar da boa cobertura, ainda se encontra diferenças significativas entre os municípios da própria 12ª Região de Saúde do Ceará, na qual encontramos três municípios com cobertura de 100% e um (Morrinhos) com uma cobertura menor que

50%, mostrando que podemos encontrar divergências significativas entre os municípios pertencentes a mesma Região de Saúde.

Tabela 04 - Cobertura da Estratégia Saúde da Família de acordo com os municípios que formam a 12ª Região de Saúde do Ceará e deste Estado, Dez/2013

Municípios da 12ª- RS-CE	Equipes de Saúde da Família				Proporção de cobertura populacional estimada
	Teto para credenciamento MS	Implantados	Estimativa população	Estimativa População coberta	
Araraú	29	19	58.848	58.848	100
Bela Cruz	16	7	31.259	24.151	77,26
Cruz	11	8	22.887	22.887	100
Jijoca	9	7	17.744	17.744	100
Itarema	19	10	38.547	34.500	89,5
Morrinhos	11	3	21.119	10.350	49,01
Marco	13	7	25.349	24.150	95,27
12ª- CRES	108	61	215753	192.630	89,28
Ceará	4.297	2.016	8.606.005	6.321.971	73,46

Fonte: MS; SAS; DAB; IBGE (2014).

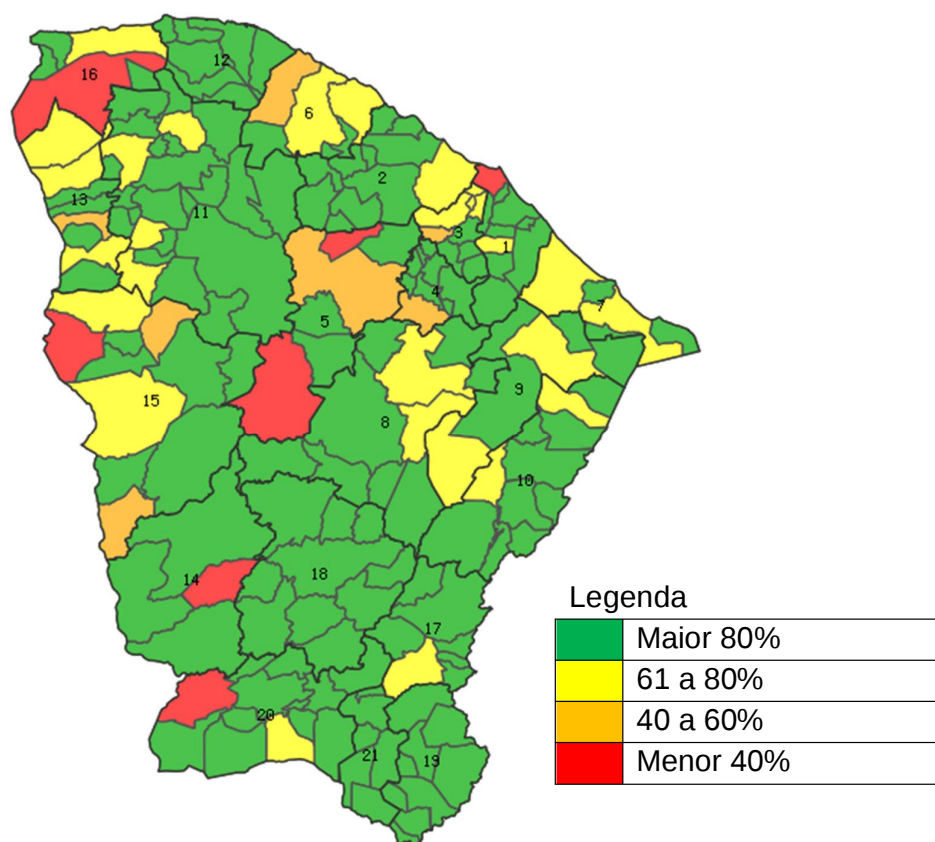
Apesar da boa cobertura, a Região ainda pode aumentar o número de equipes de saúde da família atuante no território, como consta nos tetos de credenciamento para financiamentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, conforme Tabela 04.

Por meio da Figura 02, podemos perceber que a maioria dos municípios do Ceará mostra em uma série histórica recente uma cobertura de Estratégia de Saúde da Família maior que 80%, dentre eles estão inclusos os da 12ª Região de Saúde, delineando um excelente padrão quantitativo de cobertura no Estado, configurando-se como uma política prioritária de consolidação da Atenção Primária em Saúde.

No que se refere à cobertura por meio de Equipes de Saúde Bucal (ESB), como apresentado na Tabela 05, concluímos que, mesmo com a boa cobertura de equipes de saúde da família, nenhum município da 12ª Região de Saúde do Ceará vem conseguindo equiparar uma ESB para cada ESF como preconiza o Ministério da Saúde, situação também visualizada no Estado.

Dentre os sete municípios, apenas Morrinhos não apresentou um Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) neste corte temporal. Serviço esse que é diretamente relacionado aos números de ESF credenciadas no Ministério da Saúde.

Figura 03 - Cobertura da Estratégia de Saúde da Família por Região de Saúde e município, Ceará, 2012



Fonte: SESA-CE (2014).

Tabela 05 - Distribuição do número de Equipes de Saúde da Família (ESF), de Equipes de Saúde Bucal (ESB) e de Núcleos de Atenção à Saúde da Família implantados de acordo com os municípios que formam a 12ª Região de Saúde do Ceará Dez / 2013

Municípios da 12ª- RS-CE	ESF Implantadas	ESB Implantadas*	NASF Implantados*
Araraú	19	14	2
Bela Cruz	7	5	1
Cruz	8	5	1
Jijoca	7	6	1
Itarema	10	8	1
Morrinhos	3	2	0

Marco	7	5	1
12 ^a - CRES	61	51	8
Ceará	2.016	1.551	180

* Incluem as modalidades 1 e 2.

Fonte: SESA-CE (2014).

4.3 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos desta pesquisa foram todos os Coordenadores da Estratégia Saúde da Família dos sete municípios que formaram o campo de estudo, que no momento da pesquisa estavam assumindo a função citada e aceitarem formalmente participar.

Inicialmente, o primeiro contato com os coordenadores da ESF foi realizado por telefone, através do qual foi realizado o convite para participarem da pesquisa, sendo aceito por todos os sete. Em seguida, foi enviada por e-mail a proposta do estudo, dando oportunidade para que cada sujeito adentrasse nos objetivos propostos e conhecesse os caminhos a serem seguidos, assim como também foi enviado o modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para apropriação dos aspectos éticos da pesquisa. Após esse momento, mediante aceitação dos sujeitos, foram realizadas as entrevistas, mediante data, horário e local negociados com antecedência.

Optamos em incluir todos os coordenadores dos municípios que formam a 12^a Região de Saúde para a proposição de um olhar mais ampliado das realidades e por se tratar de um quantitativo prático para o desenvolvimento do estudo.

4.4 Período

O desenrolar desta pesquisa foi realizado no período de agosto de 2012 a abril de 2014.

4.5 Técnicas e Instrumentos de Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada por meio do preenchimento de um formulário (APÊNDICE A) com perguntas abertas e fechadas, que buscaram

delinear o perfil sóciodemográfico, de formação profissional e sobre os enlaces que levaram aos profissionais a assumirem os cargos de Coordenação da Estratégia Saúde da Família e por meio de um roteiro de entrevista (APÊNDICE B) com questões abertas direcionadas para a análise do processo de trabalho dos Coordenadores da Estratégia Saúde da Família, com as falas gravadas de 05 Coordenadores, conforme permissão por escrito, na perspectiva de se estabelecer uma maior aproximação com os sujeitos, na análise de seus fazeres. Os outros dois Coordenadores preferiram tecer respostas por escrito.

As perguntas abertas abordaram mais especificamente a apropriação teórica destes sobre a ESF e as nuances que giram em torno da coordenação em saúde, proporcionando uma correlação com suas práticas, assim como as potencialidades e as dificuldades encontradas por estes no exercício da profissão, possibilitando um espaço para que sejam colocados os sentimentos e percepções que permeiam seus fazeres. Investigamos também o fazer propriamente dito destes profissionais, mediante quatro aspectos: como os coordenadores da ESF estão fazendo a gestão e as relações que se estabelecem no cotidiano desta prática; a educação permanente no contexto estudado; a aproximação dos coordenadores da ESF com as instâncias de participação e de controle social; e dificuldades no exercício da gestão.

O formulário é um instrumento compostos por questões que são formuladas oralmente pelo pesquisador através de perguntas pré-elaboradas. (GIL, 1999).

Gil (1999, p. 117) define entrevista

[...] como uma técnica que o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas, como o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. [...] é uma forma de interação social. [...] é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de informação.

Minayo (2003, p. 57) reforça mencionando que

[...] ela não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta de fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam numa determinada realidade que está sendo focalizada.

Em se tratando de entrevista semiestruturada, como concebe Tobar e Yalour (2001), essa é direcionada através de um guia de entrevista formulado por uma listagem de perguntas ou temas a serem abordados em seu decurso, de forma que o ordenamento das perguntas e a redação posam sofrer variações de acordo com o desenrolar da conversa com cada entrevistado. Esse guia deve ser formado por um conjunto de instruções claras às principais perguntas a serem feitas ou aos temas a serem explorados.

A entrevista, segundo Gil (1999, p. 120),

[...] apresenta certo grau de estruturação, já que se guia por uma relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo do seu curso. As perguntas devem ser ordenadas e guardar certa relação entre si. O entrevistador faz poucas perguntas diretas e deixa o entrevistado falar livremente à medida que refere às pautas assinaladas. [...] são recomendadas, sobretudo nas situações em que os respondentes não se sintam à vontade para responder a indagações formuladas como maior rigidez.

Em seguida, contatamos novamente os coordenadores da ESF e a entrevista foi realizada após serem negociados os dias, os locais e os horários com cada sujeito.

Antes da aplicação da entrevista foi realizado um pré-teste⁹, na perspectiva de validação das perguntas norteadoras, com a participação de um profissional que estava atuando como coordenador da ESF em município diferente dos que formam o campo de estudo desta pesquisa e um que já exerceu o referido cargo, o que corrobora com o que Lacatos e Marconi (1992) colocam, ao referirem que o pré-teste é sempre aplicado a uma amostra reduzida, de forma que o processo de seleção seja idêntico ao previsto para a execução da pesquisa, mas sem que os entrevistados não figurem na amostra final, para evitar contaminação. Será dato espaço para críticas e sugestões, no intuito de se ter um produto final o mais próximo do ideal, de acordo com os objetivos deste estudo.

⁹ Objetiva avaliar os instrumentos pré-estabelecidos, com o intuito de saber se os mesmos irão medir exatamente aquilo que foi proposto e evidenciar possíveis falhas nas redações, tais como: complexidade das questões, imprecisões, questões desnecessárias, capacidade de prover constrangimento ao informante, exaustão etc. (GIL, 1989).

4.6 Análise dos Dados

Minayo (2003) aponta três finalidades para a análise dos dados, a primeira é estabelecer a compreensão dos dados coletados, a segunda é confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder as questões formuladas e a terceira é ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte, de maneira que estas sejam complementares, quando se concebe uma pesquisa social.

Nessa linha de raciocínio, as informações coletadas foram analisadas por meio do método de análise de conteúdo, aproximando-se de Minayo (2003, p.74), que afirma que este tipo de análise

[...] visa verificar hipóteses e ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto. [...] o que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e, ou, simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto (seja ele explícito e, ou, latente).

Dentro da análise de conteúdo, foi utilizada a metodologia da análise temática, na perspectiva que o tratamento dos dados obedeceu, veementemente, às seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, como é trazido por Minayo (2004). A análise foi realizada após a construção de categorias¹⁰ estabelecidas a partir da coleta de dados, haja vista que trabalhar com esta classificação significa agrupar elementos, ideias ou expressões comuns em torno de uma categoria, formando um conjunto que se soma em torno do objetivo proposto, assim como as que são formuladas a partir da coleta de dados tornam-se mais específicas e mais concretas. (MINAYO, 2003).

Todo o material foi organizado de forma a contemplar o que é colocado como essencial por Minayo (2004): exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência, determinando-se no texto as expressões-chaves e/ou palavras-chaves que configuram a realidade pesquisada, provendo a categorização

¹⁰ “A palavra categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Esta palavra está ligada a ideia de classe ou série. As categorias são empregadas para estabelecer classificações.” (MINAYO, 2003, p. 70).

a partir do seu contexto de compreensão, assim como os conceitos teóricos que orientam a análise.

Apareceu como fio condutor, na construção das categorias estruturantes referentes ao processo de trabalho, às indagações referentes aos princípios norteadores da ESF como modelo reestruturante do SUS e as concepções de coordenação que permeiam o fazer dos sujeitos, construindo-se quatro categorias, de modo a contemplar o objetivo do estudo.

4.7 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa

A pesquisa foi norteada pela Resolução número 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre pesquisas envolvendo seres humanos, que se caracteriza como uma pesquisa que, individualmente ou coletivamente, envolva o ser humano, de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou a partir dele, incluindo o manejo de informações ou materiais, incorporando sobre a óptica do indivíduo e das coletividades os quatros referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, visando também, assegurar os deveres e os direitos que dizem respeito à comunidade científica, os sujeitos da pesquisa e ao estado. (BRASIL, 2002a).

Foi utilizado um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), no qual há informações sobre o objeto do estudo, as finalidades da pesquisa, a estratégia de implementação e o modo de inserção do sujeito no processo da investigação, sendo garantida a autonomia de decisão sobre todos os processos que perpassam a pesquisa, o anonimato, o princípio da beneficência, na medida em que pressupõe o uso dos achados como referência para melhoria dos processos de trabalho vigentes, a utilização dos resultados como pressupostos para fomentação de outros estudos a serem realizados pela sociedade acadêmica, o princípio de respeito à dignidade humana e a autonomia de desistência em qualquer estágio da pesquisa, assim seja o interesse.

Conota-se como uma pesquisa de relevância social, pois remete a contribuições para melhoria da saúde pública, trazendo vantagens para os sujeitos do estudo, na medida em que vão ter acesso irrestrito aos resultados da pesquisa, podendo utilizá-los para fomentação de melhorias em seus processos de trabalho.

Não haverá nenhum ônus para os sujeitos e será garantida a igual consideração dos interesses envolvidos, não fugindo em nenhum momento de sua designação sócio-humanitária, garantindo-se a justiça e equidade nas relações e nos processos.

Foi solicitada a gravação das falas, que foram transcritas e posteriormente apresentadas ao sujeito para uma revisão, para melhor aproveitamento das informações geradas e facilitar a sistematização das análises.

Os dados estão apresentados através de codinomes (C1; C2; C3; e assim sucessivamente) de forma a preservar a identidade dos sujeitos, não havendo a divulgação do nome dos coordenadores e nem dos municípios correspondentes (que também aparecerão por meio de codinomes M1; M2; ...) assim como da correlação entre eles.

Todos os coordenadores foram tratados no sexo masculino, como forma de não haver premissas que possam levar a identificação dos sujeitos, pois há uma diferença significativa entre a apresentação dos sexos.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, através do Parecer nº 470.574, de 27/11/2013 (ANEXO A).

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1 Caracterização dos Coordenadores da Estratégia Saúde da Família na 12ª Região de Saúde

5.1.1 Perfil Social, Demográfico e de Formação dos Coordenadores da ESF

Traçar o perfil dos sujeitos de uma pesquisa de forma a caracterizá-los leva a uma aproximação com os mesmos, proporcionando uma maior interação com o objeto de estudo e possibilita espaços para uma compreensão mais ampla das falas produzidas na coleta de dados. É o ponto de partida para o aprofundamento dos processos de trabalho, na perspectiva que permite o esclarecimento de muitas situações que se levantam na análise em uma pesquisa qualitativa.

Tabela 6 - Distribuição dos Coordenadores da Estratégia Saúde da Família por idade, sexo, estado civil e profissão. 12ª Região de Saúde - CE, 2014

Variáveis	Nº-	%
Idade (anos)		
33	1	14,28
30	2	28,58
27	1	14,28
26	2	28,58
25	1	14,28
Média de Idade	28,14	
Total	7	100
Sexo		
Masculino	2	28,58
Feminino	5	71,42
Total	7	100
Estado Civil		
Solteiro(a)	4	57,14
Casado(a)	3	42,86
Total	7	100
Profissão		
Enfermeiro(a)	7	100
Total	7	100

A Tabela 6, que retrata a distribuição dos Coordenadores da ESF por idade, sexo, estado civil e profissão, mostra que a média de idade dos sujeitos da pesquisa é de 28,14 anos, variando entre 25 e 33 anos de idade.

Esse resultado, no que se refere à idade, mostra características próprias que o diferencia de dois estudos que trabalharam diretamente com Coordenadores da Estratégia Saúde da Família: o primeiro realizado no Rio Grande do Sul por Figueiredo *et al.* (2010), que teve como sujeitos 15 coordenadores da ESF, no qual a idade média destes profissionais foi de 35 anos, variando entre um mínimo de 23 anos e um máximo de 49 anos; o segundo Realizado por Vanderlei (2005) no Estado de São Paulo, tendo como sujeitos quatro Secretários da Saúde e quatro Coordenadores da ESF, com uma média de idade para os segundos de 39,2 anos, variando de 26 a 41 anos.

Analisando o perfil de Gerentes de Centros de Saúde da Família, no estudo realizado por Ximenes Neto (2007) no município de Sobral-CE, mais de 70% dos 28 Gerentes investigados tinham idade superior a 29 anos, no realizado por Fernandes *et al.* (2006) no município de Caxias do Sul-RS, a média de idade dos 29 gerentes que participaram da pesquisa foi de 44 anos e no realizado por Rocha *et al.* (2009) em Goiânia em 2009, que analisou o perfil profissional de 94 enfermeiros coordenadores de equipe do Programa Saúde da Família, a grande maioria tinha mais de 30 anos de idade.

Este estudo traz uma população bastante jovem que está assumindo cargos de gestão. Esse achado talvez possa ser explicado pelo fato de ser a Estratégia Saúde da Família a maior absorvedora de jovens trabalhadores na área da saúde no Brasil, como porta de entrada para o primeiro emprego, possibilitando uma aquisição de experiências por profissionais ainda com baixa idade, pelo tempo que vêm permanecendo no serviço. Pode ser explicado também pela necessidade de pessoas com foco na mudança da lógica do trabalho em saúde, atualmente dirigida à promoção da saúde com uma visão ampliada de saúde, perfazendo-se também a necessidade de gestores que trabalhem com ferramentas de gestão com cunho mais participativo e horizontal, desmistificando-se o modelo tradicional. Este estudo não nos possibilita tirar estas conclusões de forma concreta, desta forma, essas justificativas remetem-se a experiência do autor desta pesquisa no setor, a sua apropriação teórica e a sua visão de mundo.

Em uma pesquisa realizada pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) com 1097 estudantes de graduação de enfermagem de todo Brasil,

que participaram do 58º Congresso Brasileiro de Enfermagem realizado pela Associação Brasileira de Enfermagem em Porto Seguro-BA em novembro de 2006,

[...] em relação à expectativa dos graduandos sobre sua inserção no mercado de trabalho, observou-se que a aspiração profissional de 47,5% é conseguir um emprego público com vínculo estável. Somando-se a isto, 29,2% que desejam trabalhar em PSF, o qual essencialmente representa também o setor público, configura-se o percentual de 86,7% de graduandos que almejam este sub-setor. (UNIVERSIDADE..., 2008, p. 8).

No que se refere ao sexo, conforme Tabela 6, mais de 70% (05) dos sujeitos são do sexo feminino e quase 60% são casados e no que tange à profissão, 100% são enfermeiros.

No concernente ao sexo, este estudo mostra-se semelhante a várias outras pesquisas, sejam as que abordam o Coordenador da Estratégia Saúde da Família, sejam as que trabalham os gerentes dos Centros de Saúde da Família, das quais cito as realizadas por Figueiredo *et al* (2010), com 93,33% do sexo feminino, por Vandelei (2005) com 75%, assim como Fernandes *et al.* (2009) – 100%, Vanderlei (2005) – 100%, Rocha *et al.* (2009) – 97,9% e Ximenes Neto (2007) – 92,9%.

Os estudos supracitados corroboram para a afirmação que as mulheres no Brasil vêm assumindo cargos de gestão com uma grande representatividade, o que também foi observado no estudo realizado com Secretários da Saúde: por Vanderlei em 2005 em que 50% dos gestores eram do sexo feminino, o realizado por Silva *et al.* (2003) que teve como objetivo de estudar o perfil dos Secretários de Saúde do Estado de Goiás, no qual não houve uma diferença significativa entre o sexo masculino e o sexo feminino, com 50,4% e 49,6% respectivamente, no realizado por Vilar (2001), quando estudou o perfil dos Secretários do Rio Grande do Norte, 55,8% foi do sexo feminino.

Esta participação da mulher nos cargos de gestão tem uma grande contribuição da enfermagem, por ser uma profissão formada na sua grande maioria por mulheres, como este estudo traz, no qual 100% dos profissionais são enfermeiros ou enfermeiras. Condição encontrada em vários outros estudos, dos quais cito: Fracolli e Egry (2001), com 100%, Ximenes Neto (2007), 100%; Figueiredo *et al* (2009), 71,42%; Fernandes *et al.* (2010), 100%, dentre outros.

Na pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em 2010, 87,24% dos profissionais de enfermagem no Brasil eram do sexo feminino e 35,98% estavam na faixa etária de 26 a 35 anos de idade e na realizada por Rocha e Zeitoun (2007) no município de Floriano no Piauí, 87,7% eram do sexo feminino.

Na pesquisa já supracitada realizada pela UERJ (2008), 90% dos alunos de graduação em enfermagem eram do sexo feminino.

Historicamente o sexo feminino vem predominando na Enfermagem Brasileira, assim como na mundial. No Brasil, sua construção e seu ensino, desde a gênese, tiveram como objetivo o preparo teórico e prático para formação de enfermeiras. A primeira Escola de Enfermagem do Brasil foi a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras do Hospício Nacional de Alienados – depois Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, que mesmo com a denominação também no masculino, teve a finalidade de preparar enfermeiras, para hospitais e hospícios militares e civis. O Curso de Enfermagem do Hospital Evangélico, atual Hospital Samaritano de São Paulo, surgiu com a mesma finalidade. A Escola de Enfermeiras, atualmente conhecida como Escola de Enfermagem Ana Néri, foi criada em 1923 pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, com o intuito de trabalhar em prol da melhoria das condições sanitárias da população, com a formação de Enfermeiras. Essa escola foi considerada a primeira a trabalhar nos moldes nightigalianos, constituindo-se como referência da Enfermagem Moderna centrada historicamente na atividade feminina. (FERNANDES, 2006).

Em quase todos os países, a enfermagem é formada amplamente por mulheres, trabalho o qual tem as mesmas características de outras ocupações em que predomina a mulher: baixa remuneração, condição inferior, deficientes condições de trabalho, escassas perspectivas de promoção e formação deficiente. (OMS, 1994).

Esta construção histórica da enfermagem com forte teor feminino proporciona um pseudoparadigma que a enfermagem é profissão de mulher, o que influenciou ao longo dos anos e continua influenciando a relutância de muitos homens em procurar estabelecer-se na profissão.

Outra conotação que favorece a inserção do(a) enfermeiro(a) na gestão está imerso no seu próprio fazer, que de acordo com Barrêto *et al.* (2010), está

expresso na construção histórica da profissão, que vem se destacando no cuidado direto ao usuário, nas ações de saúde pública e na administração dos serviços de saúde, principalmente na área hospitalar. Com a ESF, a capacidade de gerenciamento passou a ser cada vez mais necessária. O estudo realizado por Fracolli (2002) aponta que os enfermeiros que atuam na saúde da família desenvolvem um processo de trabalho de assistência voltado para o indivíduo ou grupo de indivíduos, assim como atividades referentes ao processo de trabalho de gerência, como: supervisão e treinamento dos auxiliares ou técnicos de enfermagem e dos agentes comunitários, elaboração de escalas; previsão e elaboração de materiais; elaboração de relatórios de atividades da equipe e da unidade de saúde. No papel de gerente da assistência de enfermagem, o enfermeiro deve exercer sua capacidade de gerar conhecimento, desenvolvendo competências, introduzindo inovações à equipe, delegando responsabilidades.

O(a) enfermeiro(a) sempre teve como uma de suas funções essenciais o gerenciamento da assistência, com o desenvolvimento de ações dirigidas sob o foco da administração, teoricamente orientadas por disciplinas ofertadas no curso de graduação como Administração Aplicada à Enfermagem e Administração Hospitalar, que vinha trazendo fortemente as concepções da administração clássica, de cunho taylorista, e que configuram a atuação da enfermagem preferencialmente no âmbito da cura.

No Estado da Paraíba, segundo Jonas *et al.* (2011), antes da criação do SUS, na maioria das vezes era o profissional médico que atuava como gestor, principalmente na função de secretário de saúde. Após sua criação em 1998, mais precisamente, da institucionalização do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, observamos uma crescente inserção significativa do enfermeiro nos distintos níveis de gestão no referido estado, o que tem lhe assegurado um importante papel político.

De acordo com Almeida (1986 *apud* BARRÊTO, 2010), os moldes da Reforma Sanitária Brasileira e o cuidado a se conciliar no SUS requeriam que a formação do enfermeiro fosse baseada por um corpo de conhecimentos que levasse em consideração os problemas dos brasileiros em suas realidades concretas e históricas, de modo a trabalhá-los nos aspectos biológico, psicológico, cultural e

social. Essa formação deveria assegurar ao enfermeiro uma alta competência na assistência de enfermagem, no âmbito técnico-científico, administrativo e político.

O gerenciamento, no processo de trabalho da enfermagem, tem como foco principal a organização da assistência, isto é, o planejamento de ações deve ser compartilhado de modo que a equipe de enfermagem e a equipe do PSF, sob a liderança do enfermeiro, desenvolvam o processo de trabalho com eficiência e qualidade (WILLING; LENARDT, 2002).

Jonas *et al.* (2011, p. 31) reforça ao afirmar que

[...] o processo de trabalho do enfermeiro compõe-se de duas dimensões: o processo de trabalho assistencial e o processo de trabalho gerencial. No primeiro, o enfermeiro toma como objeto de intervenção as necessidades de cuidado e tem por finalidade a atenção integral de enfermagem; no segundo, intrínseco ao primeiro, o enfermeiro toma como objeto a organização do trabalho e os recursos humanos em enfermagem, com a finalidade de criar e implementar condições adequadas de cuidado dos usuários e de desempenho para os trabalhadores.

Toda essa inferência necessária no fazer do enfermeiro está levando esses profissionais a serem indicados a assumirem cargos de gestão, por desenvolverem a capacidade administrativa, assistencial e política ao longo do exercício de seu fazer, especialmente na Estratégia Saúde da Família.

Ficou notório nos depoimentos coletados na pesquisa realizada por Barrêto *et al.* (2010, p. 300) que a ascensão profissional dos enfermeiros deve-se

[...], principalmente, à criação do SUS e, mais precisamente, às estratégias de consolidação surgidas na década de 1990, notadamente o PACS e o PSF. Observa-se que sua valorização é dada pela sua capacidade de gerenciamento, sendo reconhecida em todos os níveis de gestão do SUS no âmbito dos municípios. Destaca-se ainda a visão de trabalhar com o conhecimento do território, o que concorre para o fortalecimento de um processo de trabalho, como gestor, centrado no planejamento estratégico, bem como na disposição para efetuar mudanças, aspectos esses relevantes e necessários à continuidade da Reforma Sanitária Brasileira e ao fortalecimento do SUS.

Destacamos que o aprendizado e as experiências obtidas pelos(as) enfermeiros(as) na atuação no PACS, PSF e ESF vêm sendo determinante para estes atuarem como gestores de algum modo sincronizados com o propósito da Reforma Sanitária Brasileira e da inegável conquista da saúde como direito,

suprindo, desse modo, lacunas do processo de formação. Por outro lado, é de fácil percepção que os gestores ainda não incorporaram em seus discursos a importância da avaliação como elemento chave para o planejamento das ações, tampouco a participação popular e dos profissionais na perspectiva de potencializar o fortalecimento do SUS.

Mediante todo contexto que envolve as enfermeiras no delineamento de seu fazer, na perspectiva de serem profissionais treinadas para lidar com gestão, entendemos que o cargo de Coordenação da Estratégia Saúde da Família não deve estar centrado exclusivamente nessa categoria profissional, limitando-se a esta condição, mas sim nas competências individuais e coletivas de gerenciar, sejam elas técnicas, administrativas e políticas.

Tabela 7 - Distribuição dos Coordenadores da Estratégia Saúde da Família por Renda e por Formação Profissional. 12ª Região de Saúde do Ceará, 2014

Variáveis	Nº-	%
Renda Mensal Total líquida (R\$)*		
2.000,00 a 2.499,00	1	14,28
2500,00 a 3.000,00	2	28,58
3.000,00 a 3.499,00	2	28,58
Mais de 3.500,00	2	28,58
Renda Líquida Média R\$	2.855,10	
Total	7	100,00
Valor da Gratificação para Coordenação (R\$)		
Até 500,00	1	14,28
500 a 1000,00	3	42,86
Sem Gratificação	3	42,86
Total	7	100,00
Outras Atividades que Geram Renda		
No próprio Município	2	28,58
Em Outros Municípios	2	28,58
Não Tem	3	42,86
Outas Atividades Exercidas		
Plantonista Hospital Pequeno Porte ou UPP no Próprio Município	2	50,00
Plantonista Hospital Pequeno Porte em outro Município	1	25,00
Plantonista Hospital Médio Porte em Outro Município	1	25,00
Total	4	100,00
Tempo de Graduação (anos)		
Menos de 1 ano	0	0,00
1 a 2 Anos	1	14,28
3 a 4 Anos	3	42,86
5 a 6 Anos	1	14,28
7 a 8 anos	2	28,58
Média de Anos de Graduação	4,7	

Total	7	100,00
Pós-Graduação Concluída		
Doutorado ou Mestrado	0	0,00
Residência em Saúde da Família	0	0,00
Especialização Em Saúde da Família	1	14,28
Especialização em Gestão	1	14,28
Especialização em Outra Área	1	14,28
Não possui	4	57,16
Total	7	100,00
Teve Alguma Formação para Atuar na Coordenação		
Sim	0	0,00
Não	7	100,00
Total	7	100,00
Ver como necessidade de Pós-Graduação para exercer a coordenação		
Sim	5	71,42
Não	2	28,58
Total	7	100,00

* Valor do salário mínimo líquido em reais em março de 2014 era de R\$ 724,00.

Outros dois fatores que contribuem diretamente na dominância de enfermeiras no cargo de Coordenação da ESF refere-se aos rendimentos salariais recebidos e as gratificações para o referido cargo, que são muito precarizados, conforme podemos observar na Tabela 07, não atraindo outras profissionais da área da saúde, como médicos e dentistas. O segundo fator pode está relacionado à condição social da mulher no mercado de trabalho que, historicamente, vem sendo alvo de exclusões, recebendo salários inferiores aos dos homens, mesmo exercendo a mesma atividade.

A Tabela 07 mostra que a renda líquida média (soma do salário base com as gratificações) dos Coordenadores da ESF foi de R\$ 2.855,10 (3,84 vezes o valor do salário mínimo), variando de R\$ 2.260,00 a R\$ 3.800,00. Retrata também que as gratificações para o cargo não alavanca de forma considerável a renda líquida, a qual varia de R\$ 360,00 a R\$ 840,00, e que três coordenadores se quer recebem alguma gratificação, tendo uma renda igual aos dos enfermeiros assistenciais.

Mediante aos salários e gratificações, podemos perceber que há uma grande variação mesmo em municípios de portes parecidos, próximos e que fazem parte da mesma Região de Saúde, sendo observado um incremento de 68,1% do maior para o menor. Esta informação mostra a grande disparidade que há entre os rendimentos salariais nos municípios brasileiros, que estão muito ligados às vontades dos políticos que administram os referidos municípios.

Durante a coleta das informações, todos os coordenadores se mostraram insatisfeitos com os dividendos que recebiam pelo cargo, em especial os que recebiam os valores menores, como podemos observar através da fala do C2 do município M2:

[...] a gente é convidada para assumir uma coordenação, com muitas responsabilidades, mas, além das baixas condições de trabalho, ainda recebemos uma gratificação miserável, não deixando a gente muito motivada. A gente acaba aceitando porque o salário do enfermeiro no meu município é muito baixo, pra ver se ganha um pouco a mais.

Outros visualizam outras vantagens no cargo de coordenador, como está expresso na fala da C3 do município M3:

[...] apesar de não receber nenhuma gratificação pela coordenação, aceitei porque fica melhor de eu controlar o meu tempo, não tendo que cumprir horários fechados, além de ter um melhor status que pode abrir outras portas para mim. [...] acho com certeza que deveríamos ganhar uma gratificação pelo cargo, pois nosso salário de enfermeiros não é o dos melhores.

Nas falas, o cargo também foi visto como uma forma de garantir o emprego, como expressou o C7 do município M7:

[...] eu sou só contratada, ainda não tive a oportunidade de passar em um concurso, acho que no cargo de coordenação eu vou ficar mais seguro no meu emprego, pelo menos durante os quatro anos deste prefeito [...]. [...] a gente acaba tendo que aceitar este salário, pois emprego hoje para enfermeiros está difícil [...].

Em um *survey* realizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2009) com gestores municipais e coordenadores da estratégia saúde da família de municípios em todo Brasil, por método de amostragem, em 2009, no que se refere aos profissionais de nível superior, os médicos apresentam maior salário médio, R\$ 6.333,89 (13,6 vezes o valor do salário mínimo da época¹¹), seguidos de dentistas, R\$ 2.635,70 (5,67 vezes o valor do salário mínimo na época) e de enfermeiros, R\$ 2.346,40 (5,0 vezes o valor do salário mínimo na época). Em

¹¹ Salário mínimo em 01/04/2006 era de R\$ 465,00.

relação à média salarial dos médicos, a média observada para dentistas corresponde a 41,6% e a 37% para enfermeiros.

Após um levantamento realizado por telefone em fevereiro de 2014, por meio de contato com os sete municípios que formam a 12ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), coletamos que a média dos rendimentos dos médicos da ESF fica em torno de R\$ 8.000,00 e dos enfermeiros em torno de R\$ 2.700,00 (corresponde a 33,75% do salário dos médicos).

A mesma pesquisa supracitada realizada pela OPAS (2009) traz também que, em relação aos valores reajustados pelo Índice Geral de Preços/Mercado (IGP-M), entre 2001 e 2006, houve um incremento geométrico anual negativo na média salarial dos enfermeiros no valor de -4,5%, o mesmo ocorrendo no período de 2006 a 2009, com -3,2%. Ao compararmos os valores dos rendimentos em relação à valorização do salário mínimo entre os anos de 2001 e 2009, segundo informações do salário médio referido na mesma pesquisa, percebemos que em 2001 a média do salário dos enfermeiros era de 9,67 vezes o valor do salário mínimo e em 2009 passou representar apenas 5,0 vezes o valor do salário mínimo.

Trouxemos essa leitura sobre os rendimentos dos(as) enfermeiros(as) porque 100% dos coordenadores desta pesquisa são enfermeiros(as) e que as diferenças entre o exercício do cargo de coordenação e do(a) enfermeiro(a) assistencial não traz diferenças significativas.

Essas informações mostram que o cargo de Coordenação da Estratégia Saúde da Família nos municípios da 12ª Região de Saúde do Ceará não se faz nada atraente para outras profissões de nível superior que formam a equipe mínima da ESF, em especial para médicos que recebem rendimentos muito superiores aos enfermeiros e aos Coordenadores da ESF.

Os salários dos(as) enfermeiros(as) além de estarem muito aquém em relação aos dos médicos, ainda vem sofrendo uma considerável desvalorização ao passar dos anos, perdendo seu poder de compra e não acompanhando a valorização do salário mínimo e consequentemente de outras profissões. Essa situação foi observada na fala do C3, M3:

[...] além de ganharmos pouco, não visualizo melhorias para o futuro, pois nos anos que venho trabalhando no PSF praticamente não tive aumento, quando tive, foi muito pouco, enquanto vejo o salário dos médicos aumentar

a cada ano e dos dentistas ficar sempre na frente do nosso [...] é muito desestimulante [...] não aconselho mais ninguém a fazer enfermagem. [...] outro problema é que é só abrindo faculdades de enfermagem sem o devido controle e só jogando profissionais no mercado, o que acaba tornando a categoria refém dos administradores políticos.

Os dividendos que vem sendo recebidos pelos Coordenadores da ESF na 12ª Região de Saúde do Ceará são tratados como de operários, baseando-se no que traz Marx (1980, p. 17) ao afirmar que o “[...] salário é determinado pelo preço dos meios de subsistência dos operários”. As quantias estão muito aquém do que rege o cargo de Coordenador da ESF, na perspectiva de ser a Estratégias Saúde da Família uma Política prioritária no país, além de haver a incorporação da responsabilidade de administrar parte do Sistema Municipal de Saúde, que no caso do porte dos municípios deste estudo, a parte mais prioritária, envolvendo gestão de pessoas, de recursos e de produção de saúde de toda uma coletividade.

A complexidade que é a coordenação da ESF requer um reconhecimento profissional e financeiro por parte da gestão municipal, com a formalização de um Plano de Carreiras, Cargos e Salários (PCCS) capaz de assegurar os direitos e garantias trabalhistas. Os moldes de remuneração para os cargos de coordenação ou gerência na ESF, que têm considerável relevância social, caminham em mão contrária aos moldes observados no mercado capitalista, no qual quanto maior a competência do gerente, maior seu salário, e quanto maior a motivação, maior é a produtividade. A desvalorização flagrante neste estudo no que se refere aos salários indica uma lógica locorregional de mercado que contradiz a lógica maior de remuneração do sistema, além de retirar do cenário uma fonte de motivação, que é permeada pelo reconhecimento profissional, enfoque psicológico, melhor prestígio e status social, assim como pela valoração da renda. A motivação, segundo afirma Alencar (1998, p. 25 *apud* XIMENES NETO, 2007, p132.)

[...] considerada o componente mais importante tanto no âmbito do indivíduo quanto da organização. Embora sejam recursos e competências de gerenciamento que tornam a inovação possível, a motivação é o elemento catalisador das ações voltadas para a inovação.

A renda financeira é tão importante na vida das pessoas no mundo capitalista em que vivem que, como está expresso na Tabela 07, mais da metade dos coordenadores buscam outras fontes de renda, sendo todos na área hospitalar

através de plantões noturnos e nos finais de semana, perfazendo uma situação de sobrecarga de trabalho na busca de rendas mais cabíveis às realidades de mercado, tornando os profissionais robotizados, com menos tempo para o lazer e para a família. Esse pode ser um dos motivos para que mais da metade dos coordenadores sejam solteiros, como está na Tabela 06. Uma realidade da enfermagem no país, que, segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2011), em 2010 apenas 34,66% dos enfermeiros eram casados e no Ceará o percentual é menor ainda, 23,01%.

Dos quatro coordenadores que têm outras fontes de renda, três as têm no próprio município. É uma forma que os gestores encontram para compensar estes profissionais em meio aos baixos salários, dando-os a chance de complementarem a renda dando plantões nos hospitais locais. Configura-se como uma estratégia de fácil governabilidade para os gestores, ao ponto que utilizam a mão de obra em troca de melhores remunerações. Esta situação está explícita na fala do C1, M1:

[...] devido à gente ganhar pouco o Secretário de Saúde manda escalar a gente para dar 12 horas semanais de plantão à noite no hospital para complementarmos a renda. [...] o bom mesmo era se a gente ganhasse bem, sem precisar dar plantão, pois eu fico muito cansada e tenho menos tempo para mim, para fazer as minhas coisas e até mesmo para estudar.

Outra fala expressa o exercício da profissão como enfermeira assistencial em outro município:

[...] para complementar minha renda consegui uns plantões para eu dar em outro município [...], pego plantões à noite e em alguns finais de semana. Vida de doido, corrida, mas é o jeito se quisermos ganhar mais um pouco. (C7, M7).

No tangente ao tempo de graduação, como consta na Tabela 07, a média de anos foi de 4,7, variando entre 2 e 8 anos, sendo 85,72 com 3 anos ou mais e 42,86% com 5 anos ou mais. No estudo realizado por Ximenes Neto (2007) com 28 gerentes, todos tinham 3 anos ou mais de graduação e 60,8% tinham mais de 5 anos. Números que diferem muito dos encontrados no estudo realizado por Vanderlei em 2005, em Ribeirão Preto-SP, no qual 75% tinham mais de 5 anos de formados e dentre esses o menor tempo era de 10 anos e o maior de 21 anos.

Neste estudo, podemos perceber uma maior precocidade, tanto no que se refere à idade como no que se refere ao tempo de graduação, na ascensão para cargos de gestão, mais especificamente da Coordenação da ESF.

Torna-se evidente que os profissionais de enfermagem mais novos estão sendo melhores posicionados nos municípios, tendo a Estratégia Saúde da Família como campo de atuação, provavelmente devido aos novos currículos que proporcionam um melhor preparo dos profissionais para atuação na atenção primária, levando-os a demonstrarem melhores desempenhos nessa área de atuação.

Em se tratando de formação, 57,6% dos coordenadores abordados neste estudo não realizaram nenhuma Pós-graduação e dos que realizaram, não houve nenhum com Residência, Mestrado ou Doutorado, sendo três (42,4%) com Especialização, dentre os quais um realizou Especialização em Saúde da Família, outro em Gestão e outro em outra área do conhecimento. Esta condição se difere muito nas encontradas no estudo realizado por Figueiredo *et al.* (2010), no qual 85,71% apresentaram Curso de Especialização, sendo que 83,33% destes especializaram-se em Saúde da Família e, ainda, 14,28% tinham concluído o Curso de Mestrado e no estudo de Varderlei (2005), no qual 75% dos Coordenadores da ESF realizaram especialização na área de Saúde Pública ou ESF.

Outro estudo realizado por Fernandes *et al.* (2009) no município de Caxias do Sul-RS traz um percentual de 62,1% de gerentes com Curso de Especialização, sendo 16,6% em Saúde Pública ou ESF. Dos 28 gerentes estudados por Ximenes Neto (2007), apenas 2 (7,1%) não tinham pós-graduação e dos que tinham 92,3% eram Residência em Saúde da Família, Especialização em Saúde da Família ou em Saúde Pública.

Concluimos que o fato de se ter ou não uma pós-graduação não foi parâmetro para ascensão ao cargo de Coordenação da ESF nos municípios da 12ª CRES e que uma possível causa do baixo índice de profissionais que cursaram pós-graduação refere-se ao pouco tempo de graduação e às dificuldades encontradas por profissionais que atuam nos municípios do interior para terem acesso a cursos de pós-graduação, fato esse também visualizado em municípios de maior porte como Sobral-CE, que oferece muitas mais opções na área de formação, como retrata Ximenes Neto (2007) que 64,3% dos gerentes de seu estudo referiram ter

dificuldades de realizar aprimoramento profissional, apesar de que o Conselho Nacional de Saúde coloca a especialização como um dos

Principais modelos de formação de profissionais com domínio significativo das habilidades e pensamento e de ação requeridas pelos variados núcleos de conhecimento do trabalho na área. (BRASIL, 2005, p. 50).

Nenhum coordenador deste estudo passou por um treinamento ou formação para atuar na Coordenação da ESF, como podemos observar na Tabela 07, e dos sete, dois (28,58%) referiram que não visualizam como necessária essa formação para o exercício do cargo de coordenação. Revela-nos que a coordenação pode está sendo vista como uma garantia de emprego sem estar sendo dada a devida importância, sendo colocados profissionais sem um preparo prévio, apenas com os conhecimentos adquiridos na assistência, o que coloca em questão a qualidade do desenvolver do trabalho destes profissionais, principalmente quando se coloca que não há a necessidade de um preparo anterior. Certo que ainda não existe no Brasil um curso específico para formação de Coordenadores da ESF com amplo acesso, mas alguma formação na área da ESF e/ou na área da Gestão faz-se necessária para um exercício mais profissionalizado, mesmo que a experiência na assistência seja de grande proveito para desenvolver a função de coordenador.

Uma fala do C7, M7, configura como se procede a chegada dos profissionais ao cargo de coordenação no que se refere à necessidade de qualificação:

[...] o cargo surgiu, fui convidada, tive que assumir se não outro poderia assumir se eu fosse cobrar algum treinamento. [...] Não tive nenhum treinamento, se quer a antiga coordenadora me passou as coisas, estou tendo que corre atrás [...]. O jeito é a gente aprender com o tempo [...]. Às vezes a gente pode pensar que está fazendo a coisa certa, mas vai ver tem outras formas de fazer melhor [...]. Com certeza seria muito bom se eu tivesse passado por um treinamento antes de assumir, nem que fosse básico, mas a gente tem que aproveitar as oportunidades que aparecem, pois na enfermagem as coisas sempre são mais difíceis [...].

Mediante a complexidade do ato de coordenar a Estratégia Saúde da Família, entendemos que seja imprescindível a qualificação desses profissionais ao assumirem o cargo, em virtude de estarem passando de uma função assistencial

para uma gerencial, necessitando de aprofundamento no que se refere a temas como as necessidades de planejamento, organização de sistemas e serviços, política de pessoal, gestão do trabalho, planejamento, gestão participativa e economia da saúde, no tangente que, os serviços que buscam um padrão de qualidade devem possuir, em seu quadro de pessoal, gestores com um perfil de extrema competência e qualificados. E é objetivo do SUS oferecer serviços de qualidade para a população.

A educação profissional concebe-se como um potente instrumento para corrigir o descompasso entre a orientação da formação baseada nos princípios tradicionalistas dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS, no contexto em que está inserido. Constitui-se em uma importante ferramenta para superação do abismo entre algumas conquistas da Reforma Sanitária e as práticas de saúde vigentes no País. (BRASIL, 2006b). Corroborar com Peduzzi e Palma (2000) no sentido que colocam que essa intervenção na dimensão da qualificação dos trabalhadores, entendidos como agentes-sujeitos históricos e sociais que conduzem o processo de trabalho em UBS, explicita que a concepção gerencial (condução do processo de trabalho) é ponto estratégico para a transformação das práticas sanitárias.

Concordamos com Ximenes Neto (2007, p. 223) quando coloca que:

É imprescindível que na atualidade, gestores e gerentes, independente do nível de gestão que estão exercendo, sejam cargos de alta gerência, média gerência ou outra, estejam inseridos num arrojado processo de educação permanente. A educação permanente no contexto da gestão do território na ESF é necessária, para que o gerente possa administrar com competência todos os processos que compreendam a gestão do cuidado em saúde e acompanhar as mudanças no sistema de saúde, a exemplo do processo de descentralização.

É lamentável que não se tenha uma política de formação de amplo acesso aos profissionais da área da saúde, mediante um sistema de saúde público complexo, que pretende ser universal, integral e equânime, com a oferta de serviços de qualidade, ficando os sistemas de saúde municipais reféns das variadas formas de fazer gestão nos municípios brasileiros, contribuindo intensamente para as dificuldades nos moldes de se produzir gestão na área da saúde no país.

Tabela 8 - Distribuição dos Coordenadores da ESF por Oficialização do Cargo, Tempo no Cargo, Tempo de Experiência Anterior no Cargo e Tempo de Experiência Anterior na ESF. 12ª Região de Saúde do Ceará, 2014

Variáveis	Nº-	%
O Cargo de Coordenação é Oficializado por Meio de Alguém Documento		
Sim	3	42,86
Não	4	57,14
Total	7	100,00
Tempo no Cargo de Coordenador da ESF		
Até 3 meses	2	28,58
4 a 6 meses	1	14,28
7 a 9 meses	3	42,86
10 a 12 meses	1	14,28
Mais de 12 meses	0	0,00
Média em meses	6,57	
Total	7	100,00
Alguma Experiência Anterior em Coordenação da ESF		
Sim	0	0,00
Não	7	100,00
Total	7	100,00
Tempo de Atuação na ESF Antes de Ser Coordenador da ESF		
Menos de 1 ano	0	
1 a 2 anos	4	57,14
3 a 4 anos	0	0,00
5 a 7 anos	3	42,86
Mais de 7 anos	7	0,00
Média em Anos	3,57	

Outro fator que fortalece a hipótese do amadorismo exercido nos municípios da 12ª Região de Saúde do Ceará no que se refere ao cargo de Coordenação da ESF é que mais da metade dos Coordenadores (57,14%), segundo Tabela 08, não têm seus cargos oficializados documentalmente junto ao rol de cargos instituídos nas prefeituras desses municípios, deixando esse cargo ainda mais vulnerável e sem critérios de eleição, além de não haver uma descrição formal das atribuições do cargo.

Uma característica intrínseca ao grupo de coordenadores deste estudo relaciona-se ao tempo no cargo, que, como podemos observar por meio da Tabela 08, todos estão a menos de um ano, variando entre 2 a 12 meses, numa média de 6,57 meses, assim como é a primeira experiência no cargo em 100% destes gestores. Um fator que contribuiu consideravelmente neste baixo tempo de coordenação está relacionado às mudanças de gestões em janeiro de 2013 que ocorreram em cinco prefeituras das sete dos municípios que formam a 12ª Região de Saúde do Ceará, tendo pouco mais de um ano, pegando-se como referência o

mês de fevereiro de 2014 para este estudo. E nos dois em que não houve mudança de prefeito, em um houve alteração no cargo de Gestor do Sistema de Saúde.

Essa situação vem ao encontro da não profissionalização do cargo, que é inerente a vontade dos políticos que estiverem no poder na época, sem parâmetros estabelecidos, com indicações para o cargo de cunho meramente político, sem foco na qualidade dos serviços.

Alguns estudos trazem achados que divergem das informações apresentadas na Tabela 08, no que se refere ao tempo de coordenação ou de gerência, dos quais citamos o de Vanderlei (2005), no qual o tempo médio dos Coordenadores da ESF era de 3,38 anos (40,56 meses), variando de 1 a 7 meses e o de Figueiredo *et al.* (2010) a média foi de 21 meses, variando de 1 a 72 meses; dos gerentes do estudo de Ximenes Neto (2007), 82,2% tinham mais de um ano de experiência no cargo e dentre os gerentes do estudo de Passos (2004), 43% exerciam a função entre um e cinco anos e 43% de seis a dez anos. Um estudo que mais se aproxima é o de Fernandes *et al.* (2007), no qual a maioria estão a menos de dois anos na gerência.

Outro aspecto a se considerar é o tempo de exercício na assistência na ESF antes da ascensão ao cargo, os quais se apresentam subdivididos em dois grupos, um apresentando um a dois anos de experiência, contemplando a maioria (57,14%) e outro com cinco a sete anos, conotando 42,86%. Isso nos leva a pensar que o tempo de experiência na assistência não foi um fator condicionante na seleção para o cargo da maioria dos Coordenadores.

Ao analisar as informações produzidas até aqui, podemos conceber que estamos diante de um grupo de coordenadores que não foram preparados para o cargo, levando-se em consideração a baixa experiência da maioria na gestão e na assistência na ESF, a falta de participação em treinamentos específicos e de cursos de pós-graduação, a falta de parâmetros para eleição dos profissionais para o cargo de coordenação, sem uma busca de perfis, e a baixa média de idade e de formação acadêmica, problema este potencializado pela desmotivação dos profissionais para o exercício do cargo em meio a uma política desfavorável de salários e de outros incentivos como boas condições de trabalho e a garantia do acesso a formações para aperfeiçoamento de seus fazeres. Essa situação é mais pronunciada em alguns municípios do que em outros. Isso coloca em questionamento na qualidade do

exercício da atenção primária nestes municípios, mediante um quadro de gestores que não foram devidamente preparados para esta complexidade, não por culpa deles, mas devido a um sistema de saúde no país que colabora intensamente para essa realidade.

O cargo de Coordenação da Estratégia Saúde da Família ainda não é devidamente oficializado e valorizado pelo Ministério da Saúde, concebendo exercícios de formas variadas nos municípios brasileiros, conforme já realizamos uma discussão na introdução deste estudo. No Brasil, segundo pesquisa realizada pela Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (EPMS), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON), Faculdade de Medicina (FM), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em 2009, 66,2% dos municípios brasileiros informaram haver a existência do cargo de coordenador e/ou responsável pela Estratégia Saúde da Família. Esta pesquisa traz um grande questionamento, mostrando que em 2001, 84,1% dos municípios informaram ter o cargo de coordenação da ESF e em 2006, chegou a 91,8%, mostrando um grande decréscimo em 2009 (66,2%). Essas informações reforçam a necessidade de oficialização e definição do cargo no país, para evitar viés de interpretações nas funções destes atores.

Temos situações em municípios de menor porte que o Coordenador além de atuar na coordenação ainda atua na assistência; outros se quer têm coordenador, o Secretário da Saúde assume este papel; em outros existe a figura do coordenador, exercendo a função de coordenação e outras atividades concomitantes na Secretaria da Saúde, como vigilância epidemiológica e sanitária; outros têm um coordenador único exclusivo para atuação neste cargo. Nos municípios de maior porte, podemos observar algumas formatações diferenciadas, como o coordenador geral que rege outros subcoordenadores; outros existem um coordenador geral para área assistencial, ao qual estão vinculados, em uma escala hierárquica menor, os coordenadores responsáveis por um grupo de equipes de ESF, dentre outras situações, mostrando uma grande heterogeneidade no formato e na atuação destes profissionais.

Nos sete municípios da 12ª Região de Saúde, existe a figura do Coordenador da ESF, único, sem a existência de subcoordenações, exercendo

exclusivamente a função, apesar de alguns serem responsabilizados pela gerência de alguns programas da atenção básica, como o Programa Saúde na Escola (PSE).

Mediante as situações levantadas, não foi encontrada uma definição nas literaturas consultadas do cargo de Coordenação da ESF. Partimos da ideia de que este profissional deve ter competências gerenciais, na perspectiva de política de saúde como parte de um sistema de saúde e de serviços de saúde, tendo como referência o atual contexto que está inserida a saúde no país, mediante aos anseios levantados pela Reforma Sanitária, mediante a oficialização de um Sistema de Saúde que pretende ser universal, integral, equânime, inclusivo, participativo e descentralizado por meio da municipalização, mediante os anseios sociais, tendo a ESF como eixo orientador e política prioritária e que vem, cada vez mais, sendo alvo de discussões no que diz respeito à qualidade do atendimento prestado, ao acesso e à escuta qualificada, à solução dos problemas identificados e aos encaminhamentos resolutivos.

Mediante o processo de municipalização da saúde instituído como parte fundamental do movimento de reforma administrativa no país, os municípios, ao assumirem papéis que antes eram exercidos pelo ente federal, mergulhados em uma nova perspectiva de se fazer saúde, devem contar com uma gestão capaz de atender uma perspectiva democrática, participativa, tecnicamente competente e eficiente.

Toda a radicalidade da descentralização no Estado Brasileiro nasceu a partir da implementação do SUS, como resultado da luta histórica do movimento da Reforma Sanitária Brasileira que desde os anos 1940 vem imprimindo esforços para prover uma mudança política e cultural na sociedade brasileira, tendo a saúde como eixo de transformação. Esse movimento vem sendo considerado um dos movimentos sociais mais articulados em defesa da democratização da sociedade brasileira e da saúde e, dessa forma, ocupa no contexto sociopolítico um lugar fundamental, agindo como ator político e social e contribuindo com mudanças paradigmáticas, legislativas e administrativas, que devem ser acompanhadas por todos os municípios (WESTPHAL; MENDES; COMARU, 2004).

Nesse contexto, a apropriação de tecnologias de gerenciamento em saúde por parte dos municípios evidencia-se como essencial, pois historicamente a gerência desenvolvia apenas ações planejadas no âmbito federal, não acumulando

experiências em planejar, desenvolver e avaliar políticas de saúde. O processo de descentralização do SUS coloca a competência gerencial como um determinante preocupante para a implementação de um sistema regionalizado, hierarquizado e participativo. O SUS tem no financiamento de recursos, na responsabilidade de gestão e no pacto entre gestores, seu ponto de partida para o atendimento das necessidades da população, nos vários níveis de complexidade. (FRACOLLI; ERMEL, 2003).

A capacidade de coordenar ou gerenciar um serviço ou política de saúde é:

[...] atender as perspectivas dos usuários e requer um profissional equilibrado, que consiga superar as limitações que o serviço apresenta e que, além de prestar assistência baseada nos princípios do SUS, consiga lidar com o déficit de pessoal, de materiais, de recursos, bem como com a demanda cada vez maior de usuários. Além disso, o profissional atuante na gerência de serviços de saúde precisa ter competência para trabalhar os relacionamentos interpessoais no interior das organizações, minimizando os conflitos existentes. Competência gerencial, determinação no alcance de metas e objetivos, personalidade e habilidade com pessoas são características determinantes para a resolutividade das ações, motivação da equipe e satisfação do usuário. (FERNANDES *et al.*, 2009, p. 1542).

O perfil gerencial, segundo Jonas *et al.* (2011), pode ser definido como o conjunto de atitudes, aptidões e habilidades mediante as quais o gerente/coordenador desenvolve a gestão das políticas ou dos serviços de saúde, tendo como principais elementos liderança, motivação, comunicação, capacidade para lidar com os conflitos, conhecimento técnico científico para avaliar e identificar as necessidades de saúde da população e ética.

A Liderança deve ser uma das características primordiais do coordenador da ESF, considerando-a, de acordo com Fernandes *et al.* (2009), como um meio de influência interpessoal que ocorre se produz em um contexto, pois não está atrelada exclusivamente as características individuais do gerente, mas da situação em que se encontra. A comunicação é o meio pelo qual o líder é capaz de influenciar pessoas, visualizando a consecução de um ou de diversos objetivos específicos.

A liderança na ESF deve ser carismática, executiva, resolutiva, empreendedora, acolhedora, para que possa propiciar a construção de vínculos, mobilizar vontades, e mediar democraticamente os conflitos internos da equipe-equipe, entre equipe e comunidade e internas da

comunidade. A liderança deve, ainda, buscar maturidade em situações de crise, como nos casos de epidemia, de catástrofe ou de conflitos político-sociais intensos. Deve pregar a afetividade entre equipe-comunidade, alimentar sonhos, inspirar o futuro, e juntos buscarem a resolução dos problemas e necessidades sanitárias, construindo uma cultura de solidariedade, baseada no bem comum e no amor coletivo (XIMENES NETO, 2007, p180.).

Outra habilidade essencial para o coordenador é capacidade de produção de tecnologias leves em meio aos novos moldes da saúde instituídos pela Reforma Sanitária, suando como importantes ferramentas de gerenciamento utilizadas rumo à qualidade da assistência prestada. Seu uso exige uma capacidade diferenciada no olhar a fim de que se possa perceber a pluralidade que desafiam os sujeitos à criatividade, à escuta e à flexibilidade. A coordenação/gerência, de acordo com Barrêto *et al.* (2010), deve fazer uso de tecnologias leves, considerando os profissionais de saúde e os usuários como atores em potencial na produção das ações de saúde, compreendendo-os como autônomos e co-responsáveis do trabalho em saúde. O coordenador também deve ter habilidades para compor consensos e alianças socialmente construídas, contrapondo-se à racionalidade gerencial burocratizada, normativa e tradicional.

A consolidação do SUS no dialético movimento da Reforma Sanitária Brasileira exige profissionais qualificados para desenvolver processos de trabalhos no que tange à compreensão de atuar em um sistema norteado pela perspectiva da saúde coletiva, da gestão de coletivos e da gestão participativa. Dessa forma, uma nova forma de fazer a coordenação, a partir da análise crítica das atuais práticas gerenciais, partindo-se de uma gestão com ênfase na negociação, na condução do processo de trabalho e no controle do processo produtivo que assegure a operação da ESF para a melhoria contínua da qualidade da prestação dos serviços, deve ser a o caminho para os cursos de formação gerenciais. (BARRÊTO *et al.*, 2010; LICO *et al.*, 2005).

O trabalho complexo de cunho comunitário desenvolvido pela ESF exige da coordenação o exercício competente de uma liderança norteada no uso das tecnologias leves, na perspectiva que a mesma possa mobilizar processos, vontades e estratégias organizacionais, com o objetivo de aumentar os espaços de influência do trabalho em saúde, buscando a efetivação dos princípios do ESF, no que tange uma gestão democrática, abrangendo os profissionais de saúde e os usuários, que

busque possibilitar a construção do trabalho vivo, deliberando meios para que este não seja engessado e se transforme em trabalho morto, sem perspectiva de transformação da realidade.

Outro fator que pontuamos neste momento para discussão refere-se aos enlaces que levaram os profissionais sujeitos desta pesquisa a assumirem o cargo de Coordenação na ESF, na perspectiva de passagem de um trabalho assistencial para um trabalho gerencial.

Em nenhum dos sete municípios houve um processo de seleção para ascensão ao cargo de Coordenação da ESF, nem mesmo os profissionais que formam a ESF e os usuários foram consultados sobre a condição. Na abordagem aos coordenadores, eles trouxeram três motivos principais que os levaram à coordenação: indicação do Secretário da Saúde, reconhecimento do trabalho e engajamento político-partidário. Que na essência, segundo os discursos dos coordenadores, o terceiro motivo sobressai-se sobre os demais.

Seguem a reprodução de algumas falas que retratam o supracitado:

[...] teve a mudança na gestão, a coordenadora anterior saiu porque era do lado do outro prefeito, então o Secretário da Saúde me convidou pra ser coordenadora [...]. Eu não sou da cidade e acho que devido os poucos enfermeiros da cidade serem agora oposição. [...] Também ele gostou de meus posicionamentos nas reuniões, acho que foi isso. (G4, M4).

[...] sou o segundo coordenador nesta gestão. O primeiro ficou por pouco tempo. Não sei bem porque fui convidado, apenas o Secretário me chamou e me convidou para assumir, então decidi assumir. (G3, M3).

[...] eu acho que foi por reconhecimento de meu trabalho e confiança em mim. Nem sou concursado e acho que os outros enfermeiros não tinham interesse [...] alguns são oposição e o secretário não iria chamar. (G7, M7).

As falas deixam claro a forma de se indicar/selecionar profissionais para o cargo de Coordenação, através das quais se percebe que a de escolha político-partidária por parte destes profissionais é um elemento essencial na escolha e torna-se fator essencial na ascensão ao cargo. Esta não é uma realidade somente da região, configura-se praticamente como regra no Brasil, principalmente nos municípios de pequeno porte. Situação encontrada no estudo realizado por Vanderlei (2005), no qual todos os gestores foram por indicação política do prefeito.

Ximenes Neto e Sampaio (2007), no que se refere aos 28 gerentes de Sobral-CE, sujeitos de sua pesquisa, elencaram como principais meios de ascensão

ao cargo: inquietação com a cultura organizacional empregada pela gerência no processo de trabalho da equipe; busca por trabalhar com competência e qualidade na assistência; indicação por terceiros; centralidade no profissional enfermeiro; reconhecimento do perfil de liderança no profissional; indicação dos profissionais da unidade de saúde. Da mesma forma deste estudo, não houve um processo estruturado para ascensão dos profissionais ao cargo de gerente.

Os municípios da 12ª Região e Saúde do Ceará ainda não avançaram como deveria nos processos democráticos, a ponto de escolherem seus representantes para ocupar cargos estratégicos, como o de Coordenação da ESF, através de um processo seletivo ou concurso público, entrevistas sérias com a análise de currículos. Vários são os fatores que contribuem para esta realidade, porém o que se torna mais evidente e com maior relevância, é que esses cargos são de estreita confiança dos Secretários da Saúde/Prefeitos. As informações aqui debatidas não explicam se há ou não governabilidade, exigindo um estudo mais aprofundado sobre o tema.

Neste discurso de cargos e posições, Mehry (2002, p. 153) afirma que há uma distinção entre os que “governam com ‘G’ dos que governam com ‘g’”, expressando que há “agentes da organização” que estão em posição de alta direção (“G”), até mesmo de modo formal e funcional, mas há outros “agentes” que ocupam todos os espaços na organização e que governam também (“g”). Dessa forma, todos os trabalhadores exercem o seu autogoverno, definindo caminhos, apontando e impondo direcionalidade ao seu trabalho.

De um modo geral, entendo que um gestor de saúde tem que ter capacidade de governar distintas relações de natureza sociais e que a caixa de ferramenta dos gestores em saúde, no nível dos estabelecimentos, devam conter tecnologias que permitam a sua ação nos terrenos da política, das práticas institucionais e dos processos de trabalho (MERHY, 2002).

5.2 Análise do Processo de Trabalho dos Coordenadores da ESF

A apresentação do processo de trabalho dos Coordenadores da ESF está dividida em quatro macro-categorias, que foram construídas baseadas nas falas dos sujeitos da pesquisa, sendo elas: como os coordenadores da ESF estão fazendo a

gestão e as relações que se estabelecem no cotidiano desta prática; a educação permanente no contexto estudado; a aproximação dos coordenadores da ESF com as instâncias de participação e de controle social; e dificuldades no exercício da gestão dos coordenadores da ESF.

5.2.1 Como os Coordenadores da ESF Estão Fazendo a Gestão e as Relações que se Estabelecem no Cotidiano desta Prática

A prática dos coordenadores da ESF configura-se como uma ferramenta de relevante importância para transformação dos processos de trabalho desenvolvidos na ESF, devendo ter como um dos instrumentos a construção de relações entre as pessoas, de forma que a comunicação vivenciada entre os profissionais, por exemplo, seja visualizada como um determinador comum do trabalho em equipe, o qual se pratica a relação recíproca entre trabalho e interação. A coordenação da ESF, no desvelar de seu fazer, abraça esses vários tipos de relações que, de acordo como o coordenador procede no dia a dia, vai definir o tipo de gestão e o papel deste profissional enquanto gestor e/ou gerente dos serviços de saúde.

Os processos de gestão envolvem um duplo movimento ao nível dos serviços de saúde que os tornam fundamentais, pois, segundo Merhy (1996), estes revelam que na ação dos conjuntos dos agentes envolvidos, no dia a dia de se produzir em saúde, de um lado estão as práticas gerenciais que tomam o território de formulação e decisão de políticas como o seu campo e de outro práticas que enfrentam o fabricar “bens” do trabalho em saúde; e, nesse contexto, a gestão torna-se lugar de possíveis intervenções impactantes sobre a política e o modelo de atenção à saúde.

Como já foi discutido na revisão de literatura, o processo de trabalho em saúde é atravessado por distintas lógicas instituintes, em particular, o jogo produção, consumo e necessidades tem uma dinâmica muito peculiar, conforme Merhy (1997, p. 23), “[...] que faz com que esteja sempre em estruturação, dentro de um quadro permanentemente incerto sobre o que é o padrão do seu produto final, realizado, e o modo de satisfação que o mesmo gera.”.

O processo de trabalho dos Coordenadores da ESF em sua micropolítica deve ser visualizado como um espaço de disputa de distintas forças, as que estão claramente presentes nos modos de produção fixadas, como o trabalho morto, as que operam enquanto o trabalho vivo em ato e as que se fomentam nos processos imaginários e desejantes, e no campo do conhecimento que os distintos "homens em ação" constituem.

Toda prática em saúde, principalmente de gestão, deve ser direcionada por princípios e diretrizes na perspectiva da busca de se produzir saúde de forma direcionada, com foco na qualidade e na satisfação de todos os envolvidos, os usuários e os que produzem saúde. Os sete coordenadores da ESF foram indagados sobre quais os princípios da ESF norteavam os seus fazeres e foi unânime entre estes o desconhecimento destes princípios, corroborando com o que já foi discutido anteriormente no que se refere a um despreparo destes para o exercício da coordenação. Alguns citaram que procuram seguir todos os princípios, mas não souberam de fato descrever que princípios são estes, como podemos observar através da fala do Coordenador C7, M7:

[...] a gente utiliza todos os princípios da atenção básica. Tentamos seguir todas as linhas dos princípios que enfim não conseguimos seguir ela completamente, mas um pouco de cada mesmo. Não é direcionado a um determinado. [...] os princípios que a gente faz no dia-a-dia, principalmente quem trabalha na assistência.

Outros coordenadores tentaram minimizar a lacuna de conhecimento citando os princípios do SUS, conforme as falas abaixo:

[...] eu me baseio nos três princípios do SUS: universalidade, equidade e a integralidade. A gente procura se basear nisso, e tenta fazer aqui na Secretaria uma rede integrada com todos os profissionais onde diminua o máximo possível essa coisa de hierarquia. A gente acredita que atrapalha um pouco então a gente procura um relacionamento horizontal com todos os envolvidos na Secretaria. (C4, M4).

Quando você coloca os princípios, eu posso considerar os princípios do SUS? [...] Pronto. Coordenação é um cargo de responsabilidade, você tem que ter muita responsabilidade acima de tudo, e assim, não é um cargo fácil, principalmente para quem está saindo do PSF, como foi o meu caso, e acredito que pra maioria das minhas colegas de coordenação também. E assim, os princípios que a gente se norteia, eu posso basear também os princípios do SUS; a questão da integralidade do profissional e tal. (C1, M1).

[...] a universalidade, procuro facilitar o acesso das pessoas, o atendimento nas unidades, levando a assistência sem distinção. (C2, M2).

Os gestores C1 e C4, mesmo citando os princípios do SUS, não conseguiram abordar uma discussão que os caracterizem, mostrando fragilidades ao falarem sobre o assunto. Na fala de C2, foi citado apenas o princípio da universalidade, com uma pequena fundamentação.

Outro coordenador traz um discurso pautado em processos baseados na centralidade da doença, na busca da cura e de prevenção.

[...] realização de trabalhos baseados nos conceitos de prevenção, promoção e vigilância da saúde. Significa atuar nos momentos mais precoces iniciais da transmissão das doenças, assim como sobre os riscos sanitários, ambientais e individuais. (C5, M5).

A implantação da Estratégia de Saúde da Família representou um passo fundamental, conciliando um conjunto de ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, desde o recém-nascido ao idoso, de forma integral e contínua, com vistas à reorganização, expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica no Brasil, por prover alternativas para uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade. Deve ser desenvolvida de forma descentralizada, com grande capilaridade social, próxima da vida das pessoas, sendo o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, devendo orientar-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. (BRASIL, 2011f).

Desse modo, a ESF surgiu como uma estratégia desenvolvida para promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde do país, oportunizando que efetivamente sejam postos em práticas os princípios que norteiam o SUS, como: integralidade da assistência, universalidade, equidade, participação e controle social, intersetorialidade, resolutividade, saúde como direito e humanização do

atendimento. Elegem no seu escopo como ponto primordial o estabelecimento de vínculos e o fortalecimento de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais. Compromete-se em trabalhar na perspectiva da vigilância à saúde, responsabilizando-se integralmente pela população que reside na área de abrangência de suas equipes de saúde da família. (BRASIL, 1998a).

A não percepção dos reais princípios de diretrizes que norteiam uma política ou prática, ou mesmo a não possibilidade de compreendê-la com clareza, tem levado, de acordo com Merhy (1996), muitos gestores que buscam a reorganização do modo de se trabalhar em saúde a terem como inspiração os conhecimentos e técnicas gerados no interior de várias correntes organizacionais de uma forma acrítica, reproduzindo prática meramente copiadora de receitas sobre o como fazer, sem a devida reconstrução destes conhecimentos e técnicas para o singular campo da gestão e da assistência na área da saúde.

Nessa lógica, a ausência do pensamento fundamentado de como se desenvolve o processo de trabalho em saúde e a sua gestão, o ato de buscar receitas prontas em experimentos de outras naturezas baseadas no modelo neoliberal tende a ser profundamente frustrante, haja vista a capacidade que as ações de saúde têm de gerar melhorias efetivas para a vida das pessoas.

Faz-se necessário uma aproximação de todos os profissionais que atuam na ESF, seja na gestão ou na assistência, sobre: onde se quer chegar com a ESF no país, que mudanças ela propõe, que diretrizes e princípios a fundamentam, como deve ser desenvolvida nos territórios, pois, ela não será possível se as pessoas que a produzem e reproduzem no cotidiano não se apropriarem de sua essência, com um direcionamento focado em seus objetivos, com abertura para diálogo com a comunidade, alvo final desta política de saúde.

Não tem sido muito estranho, de acordo com Merhy (1997), nos olhares dos que estão mais implicados nas lutas e ações na defesa de um sistema de saúde brasileiro para todos universal, igualitário, de qualidade e intencionado na construção da cidadania que um dos assuntos mais debatidos e problematizados na organização deste, vem sendo o modo como se estruturam e gerenciam-se os processos de trabalho, essencialmente comprometidos com a defesa da vida individual e coletiva.

[...] a produção do cuidado em saúde e as possibilidades de pensá-lo na direção de atos comprometidos com as necessidades dos usuários, é procurar analisar experiências que tem ambicionado este resultado. [...] a composição da caixa de ferramentas necessárias para que os gestores dos serviços de saúde consigam atuar sobre este terreno tão singular, gerindo estabelecimentos e sistemas de saúde com ferramentas governamentais complexas para atuar nos terrenos político, organizacional e produtivo. (MERHY, 2007, p. 132).

No tangente às definições de papéis, foram encontradas formas divergentes de se pensar o cargo de Coordenação da ESF, na lógica que, de acordo com Bertussi e Mishima (2003), o gerenciamento destaca-se como uma instância de poder, independentemente da caracterização que este possa assumir dentro dos processos de trabalho e se volta aos propósitos decisórios, assumindo possibilidades de promover mudanças e/ou legitimar situações dadas, assim como se comporta como uma ferramenta para dar direcionalidade ao processo de trabalho em saúde. Nessa direção, colocamos algumas falas dos coordenadores demonstrando suas visões sobre os papéis na coordenação da ESF:

[...] se não existisse um coordenador, como era que seriam organizadas as decisões? [...] porque eu tenho acesso para falar diretamente com o meu secretário, que com certeza não teria tempo para fazer o que eu faço, por isso que este cargo é necessário. [...] os coordenadores desenvolvem várias coisas que dar suporte aos secretários. Eles fazem com que o PSF funcione. (C4, M4).

A gente acaba tendo que fazer de tudo um pouco, analisar frequência dos funcionários, vê os materiais que estão faltando, analisar os dados, trabalhar as políticas do Ministério da Saúde, ver a questão dos carros, organizar as campanhas de vacina, enfim, nós somos responsáveis de dar suporte aos profissionais para que as coisas aconteçam. (C2, M2).

[...] e diante mão, te adianto, não é um cargo fácil de ser exercido porque tem todas as suas problemáticas, tem a questão da falta de material também, tem a questão do dever do profissional, que é difícil lhe dar com o profissional da atenção básica também; enfim as dificuldades do dia a dia. [...] e de antemão, como estou falando, é difícil, é um cargo complicado de se exercer, no entanto teve os problemas que existiram aqui, de um ano para cá, eu sou a 3ª coordenadora. (C1, M1).

[...] tenho uma grande responsabilidade, apesar de ganhar pouco, tenho que coordenar vários profissionais, com cabeças e formações diferentes, tenho que fazer com que a gente atinja os indicadores, tenho que dar suporte ao Secretário, tenho que fazer visita nas unidades de saúde [...]. [...] nosso trabalho é complexo, fazer com que o PSF funcione em meio a todas as dificuldades que o município enfrenta, de falta de dinheiro, profissionais desmotivados, a população em cima, além de ter que se "rebolar" com a tal de politicagem, você sabe como é em município pequeno. (C3, M3).

Fica claro nas falas que estes profissionais não possuem um direcionamento, de forma bem definida, sobre quais são os seus papéis como

Coordenadores da ESF. Estão trabalhando muito no empirismo e no que lhes são repassados pelo Secretário da Saúde ou em experiências anteriores vivenciadas pela observação de outros coordenadores ou, ainda, de acordo com as demandas que vão surgindo. O gestor C3 evidencia o suporte que o coordenador deve dar ao Secretário da Saúde, o C1 já fica na defensiva colocando as dificuldades no exercício da coordenação no município M1 e o C3 traz uma fala mais fundamentada, com um olhar diferenciado dos outros gestores.

Mais uma vez fica evidente a flagrante necessidade de qualificação destes gestores, que acabam tendo que realizar uma coordenação baseados nas suas experiências assistenciais, sem a noção dos princípios que regem a ESF e sem papéis bem definidos, sendo executada de formas diferenciadas nos variados municípios, mesmo que próximos e pertencentes à mesma regional de saúde.

A reorientação das funções dos coordenadores da ESF pode ser apontada como uma das estratégias para a consolidação dos princípios do SUS e transformação das práticas de saúde na atenção primária no país, provendo condições para o direcionamento do processo de trabalho, para o desenvolvimento de serviços, aplicação de recursos necessários, melhoria nas relações interpessoais, resolutividade e satisfação dos usuários. A capacidade gerencial possui um caráter articulador e integrativo, de forma que a coordenação determinada é determinante no processo de organização de serviços de saúde e um meio para a efetivação das políticas. Predizemos que a Coordenação da ESF não compreende uma atividade simplesmente racional ou técnica e, sim, apresenta dimensões científicas, técnicas e artísticas. (FERNANDES *et al.*, 2009).

No Brasil, ainda não existe um direcionamento que defina os papéis do coordenador da ESF de forma oficial, uma descrição das atribuições deste profissional de forma clara, como se vê na Política da Atenção Básica do Brasil uma definição dos papéis dos profissionais que trabalham nas áreas assistenciais. Apontamos dois documentos avaliativos lançados pelo Ministério da Saúde, a Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ) em 2009 e o Programa de Melhoria da Qualidade da Atenção (PMAQ) em 2012, que trazem alguns pontos a serem avaliados no exercício da coordenação, constituindo-se em os únicos documentos produzidos pelo Ministério da Saúde para reprodução no país que tratam do processo de trabalho dos Coordenadores da ESF. Essa realidade corrobora

intensamente com as indefinições de papéis vivenciadas nos municípios brasileiros, levando estes profissionais a desenvolverem uma coordenação baseada em suas vivências e experiências na assistência e na gestão, assim como ao comando de Prefeitos e Secretários da Saúde, sem uma fundamentação bem alicerçada.

Em meio às falas dos coordenadores, podemos elencar um coletivo de atividades voltadas para a organização do seu próprio processo de trabalho e o das equipes de saúde da família realizadas por estes, busca da garantia de infraestrutura, planejamento e gerenciamento de pessoas e materiais, as quais se destacam: realização de reuniões, organização dos carros que transportam os profissionais, ações de vigilância epidemiológica, gerenciamento de materiais e equipamentos, acompanhar a frequência dos profissionais, realizar análise de indicadores, buscar cumprir as metas, fazer o dimensionamento de pessoal, organização de campanhas de vacinação e educativas, coordenar o Programa Saúde na Escola (PSE), coordenar o NASF, coordenar a imunização, visitas às unidades de saúde, alimentar os sistemas de informação, apoiar o Secretário da Saúde em várias outras ações, enfim, papéis que são desempenhados sem um direcionamento e que foram citados por uns coordenadores e outros não.

Nesse sentido, percebemos que a coordenação mostra-se frequentemente ocupada com as ações de administração de recursos humanos e materiais e apoio ao Secretário de Saúde. No que se refere aos recursos humanos, a recorrência de atividades relacionadas à contratação, substituição, estruturação da equipe e a vigília para o cumprimento de carga horária denuncia dificuldades na consolidação da ESF, chamando a atenção o fato de que o coordenador precisa está ocupando-se dessas funções para garantir o funcionamento da USF nos municípios.

Vanderlei e Almeida (2007) e Figueiredo *et al.* (2010) também identificaram entre os coordenadores estudados uma prática voltada ao gerenciamento de pessoas, ao cumprimento de metas, ao provimento de materiais e à organização do processo de trabalho na perspectiva de garantia do funcionamento da ESF, corroborando com os resultados encontrados neste estudo, fomentando-se a discussão para necessidade de qualificação da atuação destes profissionais, na perspectiva de desprenderem menos tempo em atividades meios que poderiam ser menos problemáticas e já consolidadas, passando a trabalhar prioritariamente a

qualificação da ESF na busca de mudanças nos atuais contextos vivenciados nos municípios brasileiros, tendo como referência as diretrizes e princípios que a norteiam, na busca da garantia dos direitos conquistados pela Reforma Sanitária.

Para conseguirmos construir uma competência nesta direção achamos que o conjunto dos trabalhadores de saúde do setor público tem que se pautar pela luta em torno de um SUS efetivo, publicamente centrado no usuário e democratizado, controlado por organismos públicos estatais e não estatais; e, para tanto, é necessário desvendar os mecanismos pelos quais os processos de gestão da política e do trabalho em saúde possam se tornar um tema público, tanto para o trabalhador de saúde, quanto para o usuário. (MERHY, 1996, p. 4).

As competências da coordenação da ESF são alicerçadas na liderança, no gerenciamento de conflitos, no trabalho em equipe, na resiliência e na alocação de materiais e de recursos humanos, ações que apareceram em seu estudo. As competências essenciais inerentes às organizações são aquelas difíceis de serem imitadas e são potencializadas pelas habilidades pessoais e interpessoais manifestadas pelo coordenador, fomentadas pelo

[...] trabalho em equipe, habilidade para informar, pensamento sistêmico, habilidade para trabalhar com informações e tecnologia, criatividade na solução de problemas, habilidades de comunicação, autoconfiança e auto-estima [sic]. (FERNANDES *et al.*, 2009, p. 1550).

As atitudes gerenciais permitem a utilização do conhecimento, buscando-se a inovação e a aprendizagem permanentes, integrando habilidades técnicas, sociais e atitudes relacionadas ao trabalho desenvolvido. A elaboração de uma atitude é fruto de crenças, reflexos condicionados, fixações, julgamentos, estereótipos, experiências, exposições a comunicações persuasivas, trocas de informações e experiências com outros indivíduos. (LAZZAROTTO, 2001).

As ponderações colocadas por Junqueira e Inojosa (1992) ressaltam que é de considerável importância trabalhar-se com a concepção de que o desempenho das atividades gerenciais/de gestão exige conhecimentos e habilidades que passam pelas dimensões técnicas, administrativas, políticas e psicossociais. Essas dimensões possuem significados próprios, permitindo caracterizar não um único estilo de gerência/gestão eficaz, mas qualidades que devem permear a ação do gerente/gestor.

Processos estes que compõem a micropolítica do trabalho vivo na saúde e sua ação nas dobras da gestão, segundo Merhy (1997), como o espaço da formulação e decisão de políticas, e como o lugar que permite condicionar direcionalidade aos atos produtivos, no âmago dos serviços, ao governar processos de trabalho, produzindo-se bens finais que intervêm permanentemente na dupla dimensão da gestão: ação sobre o processo de definição micropolítico da política e ação operadora da produção de bens.

A coordenação da ESF configura-se como uma ferramenta do processo de trabalho em saúde, um elemento central, possibilitando transformações nas decisões no âmbito local com a participação ativa dos profissionais de saúde e dos usuários na elaboração do projeto assistencial ideal a ser desenvolvido pela ESF. Dessa forma, o coordenador eficaz não é aquele que domina apenas as técnicas de gestão, mas o que possui o compromisso com a tarefa organizacional e mostra-se capaz de mobilizar o conjunto da organização para essa tarefa, de forma criativa e participativa, aproveitando as potencialidades que estão sob sua gestão, deixando livre o trabalho vivo inserido no contexto das tecnologias leves.

Um dos papéis fundamentais do Coordenador da ESF é a realização, de forma fundamentada e sistemática, de planejamento das ações a serem desenvolvidas. Nessa direção, trazemos uma discussão referente às ações do próprio coordenador no exercício de suas atribuições e no trato deste com as equipes de saúde da família e outras instâncias municipais observadas nas falas produzidas por estes atores.

Partiremos de uma concepção de planejamento baseado em Ciampone e Melleiro (2005, p. 38), que o definem como a

[...] arte de fazer escolhas e de elaborar planos para favorecer um processo de mudança [...]. Compreende, assim, um conjunto de conhecimentos práticos e teóricos ordenados de modo a possibilitar a interação com a realidade, programar as estratégias e as ações necessárias, para alcançar os objetivos e metas desejadas e preestabelecidas.

Para Paim (2007, p. 768),

[...] a identificação dos problemas e dos meios de superá-los eleva a consciência sanitária das pessoas, facilitando a mobilização política dos interessados pela questão saúde. [...] planejamento corresponde ainda a um

modo de explicitação do que vai ser feito, quando, onde, como, com quem e para quê. Esta é uma interface com a política de saúde.

Todos os coordenadores relataram que ainda não tiveram tempo de sentar e pensar nas suas próprias formas de desenvolver a coordenação, no sentido que estão aprendendo com o cargo e que vão sendo envolvidos pelas demandas que vão surgindo, não havendo ainda uma capacidade bem definida de se antever aos fatos. Atuam na perspectiva de apagar incêndios, procurando se organizar de forma atropelada mediante as demandas que vão surgindo.

[...] não tenho muito tempo nem para pensar em mim, quando penso que já terminei alguma coisa aparece outra, agora este PMAQ, estamos fazendo tudo às pressas antes da vinda das avaliadoras externas. (C1, M1).

[...] às vezes até me programo para fazer as visitas nas unidades de saúde, mas acaba surgindo uma coisa e outra, falta carro, aparece demanda da regional [...], às vezes eu consigo ir. [...] são tantas as coisas para eu fazer que acabo tendo que começar pelas que sou mais cobrada e é mais importante. (C3, M3).

[...] não sou muito de me programar. Eu sei que a gente tem que se planejar mesmo, mas não o costume da gente. [...] me preocupo mais em planejar as coisas da equipe do que as minhas mesmas. (C5, M5).

Nesse contexto, visualizamos um grupo de profissionais trabalhando uma coordenação sem um planejamento adequado, atuando de acordo com as demandas que vão surgindo, sem um direcionamento sobre de fato onde se quer chegar, gastando, em muitas das vezes, tempo e recursos com situações que poderiam ser melhores trabalhadas mediante um planejamento bem fomentado.

Essa situação também retrata o despreparo destes profissionais para o exercício da gestão, pois, de acordo com Schraiber *et al.* (1999), o planejamento não é apenas uma formalização empírica de pensar no futuro, mas envolve toda uma técnica, com elaboração de ações concretas para onde se quer chegar, baseada em princípios e diretrizes devidamente definidas, abertas para discussões que for necessário, mediante a vivência das diferentes realidades onde se produz os processos de trabalho.

No trato dos coordenadores da ESF com as equipes de saúde da família, o planejamento se dá, na maioria das vezes, através de reuniões destes com alguns membros das equipes de saúde da família, que em quatro municípios ocorrem semanalmente, em um quinzenalmente e em dois ocorrem somente quando é necessário discutir algum assunto. O que é comum a todos os municípios é que

somente os profissionais de nível superior participam destas reuniões, que também absorvem o papel de repassar para os profissionais de nível médio e elementar o que foi discutido. Em nenhum dos casos há de rotina a participação dos usuários.

É por meio destas reuniões que se processam as relações entre a gestão e as equipes de saúde da família de forma mais aproximada, concebendo-se como um espaço de tomada de decisões e com maior amplitude de envolvimento. Por meio das falas dos coordenadores, podemos perceber vivências diferenciadas no que se refere ao ato de planejar e de se tomar decisões.

[...] nós assumimos no meio do ano passado a coordenação e já vinha em um processo de trabalho, nós demos continuidade, e durante o ano de 2014 nós fizemos um planejamento participativo, onde nós envolvemos a sociedade, os trabalhadores, todos os envolvidos, para que gente planejasse o ano de 2014 e pudesse atingir o máximo possível os anseios da população e dos profissionais. Nós estamos trabalhando, estamos consolidando este planejamento para colocar em prática durante o ano de 2014. [...]. [...] nossas ações aqui, a gente faz reuniões semanais com os profissionais [...] agentes de saúde são uma vez por mês que nós estamos em contato com eles, e profissionais como médico, enfermeiro e dentista, nível superior, nós nos reunimos toda quarta-feira à tardinha. A gente se reúne para planejar essas ações, e daí saem, [...] falar com todo mundo de manhã, eles vêm aqui todo dia de manhã, então da pra gente ter esse contato, então a gente sempre se planeja dessa forma. (C2, M2).

Nós nos planejamos nas reuniões semanais. [...] às vezes participam o Coordenador Geral da Assistência, o Secretário da Saúde e outros convidados como o CAPS e o NASF. [...] eu levo as situações que devem ser resolvidas, a gente discute e vemos como resolver. [...] os assuntos são muitas vezes de acordo com o que vem de cima, como o PMAQ agora. [...] muitas coisas a gente tem que fazer como manda o Ministério ou o Estado, aí, nas reuniões eu levo como fazer e repasso para os profissionais. (C6, M6).

A gente faz reuniões e através das reuniões são feitos os planejamentos. Muitas vezes quando a gente tende a algo a gente já leva algo pronto para eles, um planejamento do que a gente quer e junto com a equipe toda a gente desenvolve como que vai ser realizado em cada equipe, até porque cada equipe tem um pouco da sua realidade diferente. [...] Quando a gente vai fazer a gente tenta fazer primeiramente com médico, enfermeiro e dentista e acaba incluindo o NASF e CAPS nas ações, dependendo do tipo de planejamento que for fazer, e a partir daí eles vão desenvolver junto com o restante da equipe. Dependendo do período que a gente tem, da ação que vamos fazer, temos as reuniões mensais que a gente faz com os agentes de saúde e organiza tudo o que a gente já planejou a gente já repassa para os agentes de saúde. (C7, M7).

Essas ações são planejadas em conjunto, a gente tem de rotina no município reuniões quinzenais com todas as equipes, é uma abordagem pela coordenadora [...], um plano de ação a ser executado pelas equipes de saúde da família. Esse plano de ação, quando eu elaboro, entro primeiro em contato com as equipes para verem o que acham, se é aprovado, e daí é executado. É uma coisa que é feita em conjunto. [...] Eu não venho com nada pronto. Eu elaboro, eu dou a ideia e levo para aceitação, aprovação, e daí a gente consegue colocar em prática. [...] e não só as equipes de saúde da família, também participa o CAPS, que está interagindo com a gente. Está dando certo. (C1, M1).

Não nos planejamos muito. Quando tem alguma coisa nova ou alguma coisa para resolver nós marcamos uma reunião e repassamos como dever ser feito. [...] agora estamos nos reunindo com as equipes para fazer o PMAQ, uma correria só. (C5, M5).

As falas dos gestores C1 e C2, ao colocarem a existência de um planejamento conjunto, na relação coordenadores e equipes de saúde da família, e o C1 cita o planejamento participativo com a participação da comunidade, elucidam uma aproximação entre o processo de trabalho da coordenação em alguns municípios estudados com os preceitos da Reforma Sanitária Brasileira, que, segundo Feuerwerker (2005), vem acontecendo lentamente no país e segue como uma proposta de construir no coletivo a ideia do direito democrático de todos à saúde.

Essa forma de trabalho aproxima alguns elementos que caracterizam a gestão participativa, destacando-se o envolvimento dos membros integrantes da organização na tomada de decisão, fazendo com que eles pensem de maneira estratégica, de forma que o trabalho vivo se faz presente com certa sabedoria, em saber ser e assim operar a produção de determinados produtos típicos deste trabalhador. Dessa forma, mediante as colocações de Merhy (1997), o trabalho vivo não estará sendo comandado unicamente por uma parte do trabalho morto contido no seu universo tecnológico, mas também pela forma como se constroem socialmente as necessidades dos consumidores de cadeiras e as maneiras sociais de satisfazê-las.

Apesar do contexto participativo retratado na fala do C1, coincide uma contradição ao ser colocado que já leva um plano de ação pré-elaborado para discussão nas reuniões e cabe aos profissionais acatarem ou não o que está proposto, configurando-se numa característica da gestão clássica.

Nas falas dos coordenadores C5, C6 e C7 ficam evidentes a opção por uma coordenação baseada nas concepções clássicas, em que o coordenador é detentor do poder de decisão e que os espaços de discussão são mais para repasses de informações e ordens do que para construção de conhecimentos e tomadas de decisões de forma coletiva e participativa.

Retratam o agir e o pensamento gerencial desses agentes do trabalho/trabalhadores de saúde sustentados numa visão ordenada e tradicional da gerência na qual o dirigente deve ser um decisor racional, e

pensar a realidade administrativa como racional controlável e possível de ser uniformizada. (VANDERLEI; ALMEIDA, 2007, p. 449).

De maneira geral, os enlaces que giram em torno da fomentação do planejamento realizado pelos Coordenadores da ESF configuram-se como atividades administrativas centradas na pessoa do coordenador, em que as relações de poder são mais centralizadas, voltando-se muito mais para um estilo de coordenação baseada nas concepções neoliberais, isto é, como coloca Campos (2000), uma racionalidade gerencial hegemônica que produz um isolamento e dificulta a construção de espaços onde ocorra o desenvolvimento da personalidade humana, em outras palavras, um lugar onde se produziria aprendendo e, também, ao mesmo tempo, reconstruiria-se a própria subjetividade.

Uma situação que vem sendo favorecida nas instituições de saúde, conforme relata Merhy (1996), por ser encontrado nestas uma articulada e poderosa força instituinte balizada numa linha política do modelo médico hegemônico (neoliberal), que já vinha atuando bem antes das manifestações para o processo de mudança nos espaços gestores (macro e micro) onde se definem os processos de trabalho em saúde. Uma prática nos serviços de saúde marcada pela fragmentação do processo de trabalho, pelo descompromisso e alienação dos trabalhadores com a produção de seus produtos e resultados; atingindo, dessa forma, o principal núcleo no cotidiano institucional que constrói o modo de operar com as necessidades de saúde, e que é o espaço micropolítico de gestão do processo de trabalho.

As relações de planejamento que se busca no desenvolvimento do exercício da Coordenação da ESF devem ser baseadas na transformação social, é se pensar na construção de uma nova sociedade, que se possa intervir na sua construção histórica, onde se deve desenvolver o planejamento como uma prática que leve em consideração também todas as subjetividades e interferências externas e não como uma prática gerencial isolada. (TESTA, 1995).

Kliksberg (*apud* VANDERLEI; ALMEIDA, 2007) menciona que o gerente/gestor público deve ser capaz de incentivar e proporcionar espaço a criatividade individual e de prover condições para que, por meio da coletivização de ideias, ela se transforme em inovações e práticas diferenciadas.

Com estas descrições o que temos interrogado e levado a campo é a relação entre o trabalho vivo em ato que é capturado por estes modelos e a

possibilidade de que o mesmo seja desterritorializado e (ré)capturado para gerar o oposto, isto é, um melhor equacionamento do uso dos meios e dos benefícios produzidos e uma diminuição da dependência, gerando-se maior autonomia dos "usuários" nos seus modos de andar as suas vidas (MERHY, 1996, p. 29).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) direciona os discursos para o fortalecimento da gestão democrática, com a participação dos trabalhadores de saúde na gestão dos serviços, provendo a valorização profissional, bem como intensificando as relações de trabalho e promovendo a regulação das profissões, com o objetivo de efetivar a atuação solidária, humanizada e de qualidade. “Assim, temos que primar pela ‘cidadanização’ da assistência à saúde, construindo deste jeito tanto a dignidade do trabalhador, quanto a do paciente.” (MERHY, 2002 p. 3).

Nesta direção, entendemos que uma das estratégias para o alcance desse objetivo é o uso do planejamento estratégico participativo, que segundo Matus (2002 *apud* BARRÊTO *et al.* 2010) refere-se a toda capacidade que o ser humano tem de mudar a sua realidade quando existe uma força atuando sobre ele, havendo várias conotações para os problemas locais que precisam ser consideradas para explicar essa realidade. É considerar, de acordo com Merhy (1996), a importância do “autogoverno” dos trabalhadores de saúde no interior do processo de trabalho e o espaço estratégico ocupado pela dinâmica do trabalho vivo em ato na conformação dos processos institucionais.

Outra característica observada nas falas é a realização de planejamentos emergenciais, na forma de “apagar fogo”, com as demandas que vão surgindo no cotidiano, sem uma previsão qualificada dos acontecimentos, com ações a serem desenvolvidas determinadas verticalmente, além de haver uma própria fragilidade no modelo de gestão adotado no município, que contribui com este formato, na perspectiva de não haver um devido controle de materiais, equipamentos, transportes e pessoal, além da influência politiquêira nos processos de trabalho e tomadas de decisões, como podemos observar através das falas dos coordenadores C1, C5, C6 e C7.

Outra produção do planejamento que traz fragilidade aos processos refere-se a não participação de profissionais de nível médio e elementar nas discussões macro para o planejamento das ações a serem desenvolvidas, principalmente os agentes comunitários de saúde, que são profissionais que estão cotidianamente em contato direto com a população e que tem um maior

conhecimento das demandas das famílias, imersos em territórios com características próprias, que não são visualizados muitas das vezes por outros profissionais, o que leva a inadequação sobre o que se planeja e o que realmente é a necessidade da população.

As relações produzidas no cotidiano de trabalho na ESF, segundo Vanderlei e Almeida (2007), apresentam-se como partes constitutivas do processo de trabalho, sendo matéria prima para a compreensão de como está se dando a gerência/gestão, de tal modo que nela se processam as relações de poder compartilhado, relativo, parcial, autoritário e departamentalizado. A forma de como se dá as relações proporciona uma gestão participativa, democrática ou, pelo contrário, autoritária ou centralizadora.

Em meio aos achados deste estudo no que se refere à forma de gestão, identificamos duas concepções distintas, apreendidas a partir da maneira com que os gestores se comunicam com a própria equipe de gestão, com as equipes de saúde da família e a comunidade. A primeira está atrelada aos preceitos da gestão participativa/democrática, em que se sobressai o incentivo à corresponsabilização, autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos na produção de saúde, mediante a articulação e negociação como elementos de comunicação entre eles, conforme Campos (1998) e Costa e Salazar (2008). A segunda trata-se de um modelo de gestão mais tradicional em consonância com Taylor (1970) que destaca o controle do trabalho, a imposição de responsabilidades aos demais sujeitos envolvidos no processo de trabalho da saúde da família, a avaliação normativa e a administração de recursos materiais, humanos e a padronização do trabalho.

De acordo com Junqueira e Inojosa (1992), uma das dimensões importantes no ato de gerenciar é a garantia da construção de compromissos com a tarefa organizacional e o trabalho de envolver todos os recursos humanos nessa tarefa. Proporcionar com que cada um desempenhe seu papel, assumindo um compromisso coletivo de produzir um serviço de saúde, tendo como foco as necessidades da população. Uma gestão privilegia o papel emérito dos profissionais e, em concomitância, possui meios para evitar os efeitos não desejados da autonomia de prática profissional e do corporativismo. Enfatiza a definição de ferramentas de tomada de decisões que envolvem os profissionais ao nível da

formulação dos objetivos, assim como das orientações gerais no que se refere à avaliação dos resultados.

Nesse contexto, apesar de uma visão mais ampla e participativa referida pelo coordenador C1, mesmo que de forma pontual e que não dar direcionamentos de como se produz no cotidiano, podemos perceber que no frise das tomadas de decisões, prevalece o modelo tradicional, baseado no gerenciamento fordista/taylorista, mesmo com a existência de espaços privilegiados como as reuniões semanais para o exercício de uma gestão mais democrática e participativa.

Quando indagados sobre o processo de tomada de decisões propriamente dito, obtivemos as seguintes respostas:

[...] a gente procura fazer um trabalho não com aquele negócio de hierarquia, a gente procura tomar as decisões em equipe. O Secretário é super aberto; a gente trabalha como parceiros mesmo, e nessas reuniões, se nós temos que decidir, por exemplo: o PMAQ vem e vai começar por qual unidade? Não é a Secretaria que determina. Tem uma reunião, nós chamamos todos os PSF e vamos decidir. Então é uma coisa coletiva, são tomadas de decisões coletivas, e o Secretário acata o que a maioria decidir. (C2, M2).

Dependendo do que se tem para decidir eu sempre consulto Secretário antes, aí reunimos as equipes e coloco a posição minha e do Secretário do que deve ser feito. [...] no dia a dia procura sempre interagir com as equipes sobre algumas decisões que temos que tomar, sempre procurando tomar a melhor decisão. [...] as decisões maiores ficam nas mãos do Secretário. (C6, M6).

É tudo discutido entre coordenação e equipe. A gente vai com a ideia que a gente quer até um certo ponto, até mesmo para não ficar muito diferente, mas a gente deixa pra desenvolver algumas partes das ações junto com eles, de como que é mais fácil desenvolver em cada área, pois dependendo das ações que a gente for fazer, que no caso, são as ações das equipes. (C7, M7).

Nesse caso, quando eu necessito fazer uma negociação, eu chamo além do enfermeiro gerente, eu negocio com a equipe em si, não negocio só com um e eu não chego com a decisão já formada e imposta não, tudo é negociado, até uma simples reunião que eu quero marcar de urgência é negociado o melhor horário que se adequa a equipe, enfim, tudo é feito acordos. Nós trabalhamos por meio do acordo, nada imposto. (C1, M1).

O discurso trazido pelo Coordenador C6 aproxima-se mais do modelo tradicionalista de se produzir gestão, convergindo com a maioria das falas tratadas quando expuseram sobre planejamento. Já os discursos trazidos pelos coordenadores C1, C2 e C7 estão mais direcionados para um modelo de gestão participativo, onde o poder, na relação coordenador e profissionais de saúde, passa a ser horizontalizado, com as decisões sendo tomadas em conjunto, sem um teor de imposição, como salienta Costa e Salazar (2008), com o envolvimento dos membros

integrantes das equipes de saúde da família na tomada de decisão, fazendo com que estes pensem de maneira estratégica.

Nesse ensejo, consideramos que ambas as formas de se produzir gestão sofram influências das políticas públicas que normatizam o sistema de saúde, na perspectiva que em um momento defendem a sua flexibilização e a participação popular nos processos decisórios e na prática de saúde assistencial e/ou gerencial e em outro momento fomentam a hierarquização e verticalização na tomada de decisão, de forma mais pronunciada através da institucionalização de ações programáticas construídas pelas instâncias estaduais e federais e colocadas de forma impositiva aos municípios. Esse tipo de comportamento pode servir para explicar a alternância observada na concepção de gestão vivenciada nos municípios estudados, pois não constatamos a ocorrência de municípios que adotassem uma concepção de gestão consolidada, na qual se possa perceber que em todas as ações desenvolvidas predomine exclusivamente uma lógica de coordenação da ESF.

Em controvérsia, o que detectamos foi que os coordenadores variam sua concepção de gestão a depender dos objetivos que desejam alcançar, de maneira que um mesmo gestor pode se utilizar dos elementos comuns à gestão participativa/democrática ao mesmo tempo em que toma parte de aspectos comuns à gestão clássica, o que pode ser observado nas falas que se contradizem quando retratam o planejamento e os meios de tomada de decisões.

Embora pouco frequentes no contexto estudado, as ações de organização/funcionamento da ESF no âmbito do trabalho da própria gestão apontam para a proposição de uma nova divisão do trabalho em saúde, incluindo um papel ativo dos usuários e dos trabalhadores em saúde na operacionalização da gestão.

Além das reuniões citadas, outra forma de inserção dos(as) coordenadores(as) da ESF nos processos de trabalhos desta política está na participação de reuniões organizadas pelas equipes, nas quais participam quando são convidados ou quando são suscitados para resolução de algum problema de maior vultuosidade. Esse é um espaço que possibilita o contato mais próximo dos coordenadores com as micropolíticas que ocorrem em um determinado território, visualizando de forma mais próxima às vivências, relações e produções específicas.

Apesar de ser um espaço com grande potencial de prover participação mútua, não há participação de membros da comunidade, sendo esta representada apenas pelos agentes comunitários de saúde.

Algumas equipes se reúnem mensalmente, outras quinzenalmente, não há uma determinação, para falarem sobre o trabalho e para que os enfermeiros passem as demandas. [...] às vezes participo de algumas, até hoje participei muito pouco pelo pouco tempo que estou na coordenação. (C7, M7).

Tem sim as reuniões nas equipes, mas elas fazem de acordo com a necessidade. A que é certeza todos os meses é a reunião dos agentes de saúde com o enfermeiro, para preenchimento dos mapas. [...] quando precisam eles me chamam aí em meu programa para participar. (...) mas quando tem problemas que o enfermeiro tem dificuldades de lhe dar ou, como participei em uma equipe, para fazerem reivindicações. [...] as que eu participei só tinham os profissionais do posto. [...] acho que todas as reuniões são assim. (C5, M5).

[...] o enfermeiro é que marca as reuniões quando quer repassar alguma coisa. Eu nunca participei de nenhuma, mas acho que seria bom, mas o problema é o tempo. Deixo mais para os enfermeiros conduzirem esta reunião e repassarem as coisas que decidimos nas reuniões do PSF. (C6, M6).

Mediante as falas supracitadas dos coordenadores, fica evidente a desvalorização que é dada pela gestão destes espaços coletivos de grande potencial para prover participação, apesar de ser um universo mais vivenciado pela própria equipe no permear das micropolíticas, mas que poderia ser melhor aproveitado pela coordenação, com pelo menos uma formalização a nível municipal da necessidade das equipes reunirem-se, como uma abordagem diferenciada, com uma lógica mais participativa e não com o poder centrado na mão do enfermeiro, não sendo apenas um mero espaço de repasse de informações. Barrêto *et al.* (2010) problematiza essa situação colocando que poucos gestores no Brasil têm bem definido um modelo de gestão e a grande maioria não têm atuado na perspectiva da gestão participativa e menos ainda incentivar a prática da participação popular, ação necessária para a processual garantia da saúde como um direito, da redução da corrupção que afeta as políticas sociais, dentre elas a saúde.

São proeminentes os desafios efetivos na busca de outro modo de operar o trabalho em saúde e de construir a relação do trabalhador com os usuários do sistema de atenção à saúde, produzindo-se uma relação mais solidária entre os profissionais e os usuários na construção de um trabalhador coletivo na área da saúde. É no cotidiano dos trabalhos e no processo coletivo de gestão dos serviços que se resolvem os problemas que surgem no dia a dia, construindo-se outro

proceder em saúde que se oriente pela constituição de um vínculo efetivo entre o usuário, os trabalhadores do setor e os gestores na busca de uma resolutividade que se oriente por ganhos de autonomia dos usuários perante os seus modos de andar na vida. (MERHY, 1996).

A gerência participativa é a maneira adequada de administração dos serviços do SUS, visto que estes devem ser organizados pela descentralização e pela participação. Para isso, é importante que gestores e trabalhadores de saúde da família se envolvam no processo de construção da administração participativa (JONAS *et al.*, 2011, p. 36).

Barrêto *et al.* (2010) reforça colocando que a consolidação do SUS no dialético movimento da Reforma Sanitária Brasileira exige um profissional qualificado para desenvolver processos de trabalhos no que se refere à compreensão de atuar em um sistema norteado pela perspectiva da saúde coletiva, da gestão de coletivos e da gestão participativa. “[...] por processos micropolíticos que possibilitam ‘publicizar’ o espaço público da gestão do processo de trabalho na busca de novos sentidos e formatos.” (MERHY, 1996, p. 8).

A desenvoltura da coordenação assume dimensões significativas junto ao processo de trabalho em saúde, na direção do comprometimento com a tarefa organizacional e o trabalho de envolver todos os recursos humanos nessa tarefa, produzindo um agir coletivo que assuma um compromisso de produzir um serviço de saúde que satisfaça às necessidades da população.

Nesse ensejo, Barrêto *et al.* (2010, p. 304) afirma que:

[...] é necessário que o gestor seja estratégico nas suas ações, não só no sentido da descentralização dos serviços, mas a partir de sua realidade, com base em indicadores, para que possa visualizar as necessidades de seu território e construir o planejamento em saúde, priorizando ações e serviços. Para tanto, é de capital importância que os gestores em saúde conheçam o seu território de atuação, bem como tenham apropriação de conceitos como vigilância e promoção da saúde, planejamento estratégico, integralidade, entre outros.

Assim, concebemos como desafio primordial a produção de uma reforma “publicizante” do sistema de direção dos serviços, que proporcionem uma “coletivização” da gestão dos processos de trabalho em saúde, cotidianamente, tomando como referência o interesse do(s) usuário(s) dos serviços, representado enquanto necessidades de saúde, de forma que a captura por completo do

autogoverno nas práticas de saúde não é só muito difícil e restrita, mas impossível pela própria natureza tecnológica deste trabalho. (MERHY, 1997).

Outra reflexão que essas falas trazem é sobre o acúmulo de funções dadas ao profissional enfermeiro, que além de ter que realizar e coordenar a assistência de enfermagem, acaba assumindo o papel de gerente do Centro de Saúde da Família. Uma realidade observada nos sete municípios, por meio das próprias falas dos coordenadores e da observação que fiz durante o tempo que fui coordenador da ESF em um dos municípios da regional de saúde.

Nessa condição, segundo Jonas *et al.* (2011), o enfermeiro ao assumir a função de gerente concomitante a função assistencial, muitas vezes, acaba se distanciando das atividades de assistência aos usuários, que lhe são próprias, por se encontrar envolvido em atividades burocráticas, como o controle de ponto e de materiais e impressos, interlocução com a secretaria de saúde e coordenação da ESF e atendimento às solicitações dos usuários quando inerentes à gerência do centro de saúde.

Nesse cenário empírico, as atividades que este(a) profissional desempenha na ESF vão além da responsabilidade pelas atividades ligadas à equipe de enfermagem e de agentes comunitários de saúde, passando a assumir, na ausência de um gerente formalmente nomeado, as suas funções, levando, assim, a uma sobrecarga de tarefas a serem desenvolvidas por estes profissionais. Esse acúmulo de funções poderá gerar um distanciamento do profissional enfermeiro entre os atos de gerenciar e de produzir o cuidar no seu cotidiano de trabalho.

Nessa condição, o trabalho vivo presente no processo de trabalho em saúde do enfermeiro, será aprisionado pelo trabalho morto contido na organização destes modelos tecnológicos, deixa de ser portador de uma potência de "desdobramento" em um universo criativo e "ruidoso" devido ao tempo que se tem para as intercessões, com reinvenções das próprias tecnologias disponíveis, como "produtos" da sua ação em ato, conforme está explícito nas colocações de Merhy (2002). Passa de um trabalho instituinte, para um com sinais de cristalização, permeado pelos saberes estruturados, mortos, presentes nas normas, procedimentos e instrumentos. Configura-se em um trabalho como expressão do morto e, portanto, sem chances de, ao ser um trabalho com substrato também próprio, vivificar em ato os agires do trabalho.

Permeado nesta atividade que lhe é atribuída, no ato de gerenciar o CSF, o enfermeiro acaba exercendo um papel de líder, tornando-se referência para os demais integrantes da equipe multiprofissional, assumindo o papel de mediador, coordenador, facilitador e articulador das ações e atividades a serem implementadas pelo CSF. Esta situação acaba gerando limitações nos processos de fomentação do trabalho baseado em equipe multiprofissional, que é essencial na busca de reorientação da APS, no qual, de acordo com Jonas *et al.* (2009, p. 36),

[...] a interdisciplinaridade, a orquestração de saberes, a articulação das ações para a construção de um projeto de trabalho comum voltado para o coletivo e a interação entre os agentes envolvidos favoreçam a garantia da integralidade da assistência ao usuário, consolidando-se o acolhimento, o vínculo e a responsabilização pelo cuidado ao usuário.

Faz-se oportuno mencionar que na legislação que regulamenta a Política Nacional da Atenção Básica no Brasil, Portaria 2488, de 21 de outubro de 2011, não é colocada, como competência do profissional enfermeiro, o gerenciamento no CSF, mesmo quando atribui a ele a participação dos processos gerenciais para o funcionamento do CSF, como parte de uma equipe, indo de encontro à realidade colocada pelos sujeitos deste estudo, ao se atribuir ao enfermeiro a responsabilidade de gerenciar o serviço.

Neste escopo, nos municípios estudados, acaba se produzindo no dia a dia um contato muito mais próximo da coordenação da ESF com os enfermeiros, na lógica de deliberarem atividades a serem desenvolvidas, assim como no que se referem à prestação de contas, como trazem os coordenadores:

[...] os enfermeiros são os que mais participam das reuniões, até mesmo porque eles é que acabam tendo que ser gerentes das unidades. (C2, M2).
 [...] quando eu quero saber qualquer coisa na unidade eu sempre ligo para o enfermeiro, [...] todos os dias antes de saírem para as unidades eu tenho um contato com os enfermeiros na Secretaria e muitas coisas a gente repassa neste momento. (C4, M4).
 Sim. O próprio enfermeiro assistencial é o gerente da equipe e é quem se responsabiliza também pela parte burocrática de cada Estratégia. (C1, M1).

Em se tratando da atuação dos coordenadores da ESF na organização/sistematização da assistência realizada pelas equipes de saúde da família processa-se de forma pouca incisiva, conforme podemos observar nos discursos, até mesmo porque existe uma organização dos processos construída

historicamente em cada equipe no que se refere à elaboração dos cronogramas de atendimento, quando é dia de atender o que, assim como o formato instituído de receber os usuários nas unidades.

Nas falas que se seguem, temos uma conotação interessante dos coordenadores ao referirem que deixam abertos para as equipes elaborarem essa organização da assistência, descentralizando o poder de tomada de decisões. Agora são frágeis as análises dessa organização e como se procede à tomada de decisões já discutidas anteriormente, fica a reflexão sobre se essa organização instituída condiz com as reais necessidades da comunidade e, ainda: será que não está havendo subutilização de datas e horários ou sobrecargas em dias específicos? O cronograma está organizado mais para suprir as expectativas dos profissionais do que as da comunidade ou vice-versa? Está atrelada aos horários dos médicos? E a demanda livre, como está sendo trabalhada? E tempo para as ações de promoção da saúde, produção de planejamentos interdisciplinares participativos, fomentados por avaliações? As pessoas estão sendo acolhidas adequadamente ou ainda predomina a lógica das longas filas de espera? Enfim, são interrogações que não teremos a ousadia de produzir respostas através deste estudo.

Em relação à assistência nós estamos procurando fazer uns protocolos municipais, e a gente já está nesse processo, até mesmo por conta do PMAQ, e diretamente no processo assistencial das equipes, a gente não interfere e interfere de uma forma positiva. [...] temos a pretensão de trabalhar no futuro o acolhimento. (C4, M4).

E feito o mapeamento dos PSF, e cronogramas mensais com as atividades que são realizadas durante a semana em cada PSF. [...] cada PSF me entrega e eu analiso se está cobrindo todos os programas. [...] a marcação de consultas é por ficha, ordem de chegada, já que só tem um enfermeiro e fica difícil fazer triagem. (C5, M5).

Na verdade é assim, cada equipe é responsável pela elaboração do seu cronograma. A equipe se responsabiliza priorizando a questão dos programas, e dentro de cada equipe a organização é feita pelo gerente de cada unidade. [...] É claro que enquanto coordenadora, eu estou lá para oferecer o suporte, mas a questão da elaboração do processo de trabalho por equipe, isso aí é o gerente que organiza. (C1, M1).

Quando eu assumi a coordenação foi na época que já entrou a questão do PMAQ, que foi até uma força maior pra gente poder organizar as equipes. A gente faz as visitas nas equipes, para ver o fluxo; como está a assistência. O atendimento às gestantes, hipertensos se faz por consultas agendadas, que antes não tinha. A questão de atividades nas equipes, que antes não tinha. [...] os nomes para atendimentos por ordem de chegada. (C7, M7).

Como está explícito nos discursos, o atendimento sobre a lógica do acolhimento ainda é negligenciado nos municípios deste estudo, mesmo sendo um

espaço privilegiado para produção do trabalho vivo em ato, tendo como referência o uso de tecnologias leves, que é um tipo de força que opera permanentemente em processo em relações.

Esse paradigma tem permeado uma predominância sobre a saúde nos moldes atuais, segundo Merhy (2002), de forma que as dobras possíveis da tecnologia em saúde reduzem-se aos processos bem estruturados, ao predomínio do trabalho morto contido nas tecnologias leve-dura e dura não se permitindo uma abertura para novas possibilidades de se trabalhar com outras dimensões tecnológicas.

Muitas das falas até aqui supracitadas trazem que o PMAQ está provocando uma influência nos moldes da coordenação da ESF, por meio de instrumentos que podem ser visualizados como um norte para os(as) coordenadores(as) tanto no que diz respeito ao seu próprio processo de trabalho como ao desenvolvido pelas equipes de saúde da família.

Devido a sua condição de um financiamento vinculado a resultados, o PMAQ de certa forma está fazendo com que as equipes revejam seus processos de trabalho, trazendo consigo o trabalho da coordenação da ESF, baseado nos princípios da Estratégia Saúde da Família, como oportunidade de qualificação dos serviços e da gestão.

O PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011, e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS que contou com vários momentos, nos quais o MS e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica em todo o Brasil. (BRASIL, 2012, p. 7).

Ainda de acordo com Brasil (2012), o PMAQ apresenta como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde. Ele está organizado em quatro fases que se complementam e que conformam um ciclo contínuo de melhoria

do acesso e da qualidade da atenção básica (adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e recontratualização).

Esse modelo de avaliação traz importantes ferramentas que podem ser utilizadas no direcionamento das ações dos Coordenadores da ESF, mediante a situação de inexistência de uma oficialização da prática destes profissionais no país. É um potente instrumento de avaliação, que poderá dar subsídios às tomadas de decisões nos municípios. Por ser um documento construído a nível central, apresenta algumas falhas no processo de avaliação, pois o mesmo não pode ser aplicado em certas realidades, por não considerar sua construção histórica e social.

Este modelo de avaliação por si só não tem a capacidade de prover todas as ferramentas para um trabalho que se busca rever os processos de trabalho, como explana Merhy (1997, p. 24):

[...] pensar a mudança de um processo institucional sempre nos posiciona diante de uma situação de alta complexidade, e que não basta possuímos o controle de uma receita para a ação, com técnicas puramente administrativas, mesmo considerando (e com o que concordamos) que deter o controle de tecnologias para realizar intervenções em organizações, que visam à mudança de processos de trabalho, seja um componente importante e básico da “caixa de ferramentas” dos grupos envolvidos. Mas, sem dúvida, isto não é o suficiente.

Dessa maneira, segundo o mesmo autor, atuar nos processos “trabalho vivo dependentes”, é considerar a busca da construção de distintas linhas de fuga, como na lógica que preside o processo de trabalho como produção e satisfação de necessidades; a forma de como se sabe trabalhar, isto é, a sua configuração tecnológica; à maneira como o espaço institucional, da gestão deste processo, está ordenado. É repensar a potência e a impotência como uma característica situacional que pode ser atravessada por distintos processos instituintes e mesmo agenciada torna-se, assim, uma das ousadias.

No trabalho de gestão, em qualquer nível de desenvolvimento, há a necessidade de se ter bem direcionado o potencial de autonomia de decisões, que deve estar no mínimo dentro do aparato de atuação para o bom desenvolvimento das ações. Sendo assim, mesmo mediante o interesse do coordenador ou o embasamento utilizando-se instrumentos como o PMAQ, e o uso de outras ferramentas, se este não tiver autonomia de atuação os avanços que se pretende desenvolver podem sucumbir diante das barreiras impostas. Como afirma Merhy

(2007), um gestor em saúde tem de ter a capacidade de trabalhar as distintas relações de natureza sociais, políticas, organizacionais e produtivas, para conseguir atingir os processos de trabalho em suas essências. A autonomia responsável é necessária para o trabalho do coordenador da ESF, tendo em vista que este representa no nível local a consecução das diretrizes políticas de saúde instituídas. Trago algumas falas dos Coordenadores que abordaram a autonomia de decisão:

Eu tenho autonomia, reconheço, e essa autonomia até aumenta a responsabilidade da gente como coordenadora. O Secretário é aberto, escuta, ouve e temos relações de parceria. Nós tomamos as decisões em conjunto, se eu quero fazer alguma coisa eu combino com ele e vice-versa. Tenho autonomia total. (C4, M4).

Na realidade não. Tudo que se faz tem que passar primeiro pelo secretário, então acaba que a gente não tem autonomia para nada. Antes de passar por ele a gente não pode determinar nada. Ele dando o aval é que a gente pode desenvolver. (C7, M7).

Deixar claro o seguinte, a questão da tomada de decisões eu procuro nunca tomar uma só, e sempre peço a ajuda do meu Secretário, que é muito presente e sempre está comigo. Não que ele não me dê autonomia, mas existem certas situações que eu necessito dele, situações mais sérias, enfim, mas a questão da autonomia é me dada por ele, tipo, para resolver problema de profissional, problema da unidade de saúde, é o que ele sempre costuma dizer, que eu leve para eles problemas grandes, que os problemas menores eu tenho toda autonomia para resolver. Você quer saber, tipo, quais problemas? É a suficiente para eu resolver, para eu trabalhar direitinho, essa autonomia que ele me fornece é a suficiente, não atrapalha o meu trabalho, de jeito nenhum. (C1, M1).

A autonomia é muito pouca, às vezes eu deixo de resolver coisas básicas com maior rapidez porque não tenho a autonomia necessária. [...] o Secretário deixa a gente muito preso a ele para tomar decisões. (C3, M3).

Plena autonomia pra remanejar profissionais, marcar reuniões, solicitação de atendimentos, encaminhamentos, vacinação e nas decisões internas dos PSF quando se fizer necessário, o que não posso fazer é contratação direta, só indicações, e negociar remuneração que são tratados diretamente com o secretário de saúde. (C5, M5).

[...] estou somente há dois meses na coordenação, ainda não tenho toda liberdade necessária para trabalhar, algumas coisas mais complexas tenho que consultar o Secretário. [...] estou chegando agora e vou conquistando a confiança aos poucos. [...] a maioria das coisas o Secretário quer que passe por ele, isso eu vejo que pode atrapalhar, acumulando coisas para resolver que poderiam ser resolvidas logo por mim. (C2, M2).

Através das falas, podemos perceber que dentro de uma mesma região de saúde a autonomia, embasada na direção da vontade do indivíduo para a ação, a partir de influências sociais e culturais, de acordo com Bueno (2006), é exercitada de diferentes maneiras, com diferenças consideráveis entre um município e o outro. Podemos classificar o exercício da autonomia em três situações: a primeira, em que o coordenador tem total autonomia de decisão dentro de seu espaço de atuação,

como inferido nas falas dos Coordenadores C1 e C4; a segunda, em que o Coordenador tem autonomia parcial, como está concretizado nos depoimentos de C3 e C5; e a terceira, em que o Coordenador tem autonomia totalmente restrita, como retrata as falas dos Coordenadores C2, C6 e C7.

A coordenação da ESF exige uma visão que converge e acolha valores e lógicas diferenciadas, baseadas nas necessidades dos usuários, havendo a necessidade, por parte desse profissional, de um envolvimento das interrelações, na sua essência e potencialidade de exercer a criatividade e a autonomia, no intuito de dar conta das necessidades do processo de trabalho, de modo que a autonomia é necessária para a definição de ações prioritárias para garantia de uma assistência à saúde de qualidade na ESF, no âmbito da área de abrangência dos CSF.

Dessa forma, como mencionam Jonas *et al.* (2011), a autonomia necessária ao desenvolvimento da ação gerencial é essencial, de forma que a ausência dela inviabiliza a organização e o controle do processo de trabalho, na perspectiva de uma autonomia responsável e coerente com os princípios SUS.

Campos e Campos (2006, p. 670) definem autonomia como sendo a “[...] capacidade do sujeito de lidar com sua rede de dependências em um processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos.”.

A autonomia por si só não se faz suficiente para o exercício da ESF, considerando os enlaces que a permeiam, o modo como ela é vivenciada é que vai fazer de fato a diferença nos processos de trabalho que se deseja serem baseados nos novos paradigmas de se produzir saúde tendo com referência as nuances do SUS. Fernandes *et al.* (2009, p. 1549), colocam que:

Existem governos locais responsáveis e comprometidos com a eficiência da gestão e o atendimento dos cidadãos por motivos programáticos ou pela qualidade moral de seus governantes, porém sabe-se que este exemplo não é visto sempre na prática. A autonomia da gestão local cria oportunidades para que os gestores locais implementem decisões de acordo com suas próprias preferências que, muitas vezes, não são necessariamente condizentes com os interesses da população.

O Coordenador da ESF precisa ter autonomia para atuar dentro dos mundos dos processos de trabalho e o exercício desta deve considerar outras autonomias, a serem vivenciadas no autogoverno dos profissionais, com

centralidade no trabalho vivo, inserido no interior dos processos de trabalho como espaço aberto para exploração das potências nele inscritas, na perspectiva de funcionar como agentes disparadores de novas subjetivações que conformam as representações de saúde como bem social e de novos modos de agir em saúde que busquem articulações distintas do público e do privado nele presente.

A polarização entre autonomia e controle, conforme Merhy (2007), apresenta-se como um lugar de tensão e de potência, construindo-se um problema a ser trabalhado para as intervenções que se ambicionam governar a produção de um certo modelo de atenção pautado na gestão democrática.

No exercício da autonomia, o ato de Coordenar a ESF caracteriza-se pela interação de diferentes atores em instituições com concepções e perspectivas divergentes, havendo a necessidade de se introduzir um sistema de gestão criativo, como reflete Cecílio (1997), sendo compartilhado no âmbito do SUS, de forma que o planejamento viabilize esse processo como um espaço de diálogo e articulação por meio de avaliações bem fundamentadas. Nesse escopo, trazemos outra abordagem realizada com os Coordenadores da ESF, no que tange a seus processos de trabalho, referente à avaliação e ao monitoramento das equipes de saúde da família, os quais produziram alguns discursos que retrataram esta abordagem.

O monitoramento é feito através de visitas, ficha de atendimento e pela prestação dos serviços que são colhidos diariamente. [...] Tem também o PMAQ, que a gente realiza quando é mandado pelo Ministério, pois gera recursos. Nas visitas que realizo quando tenho um tempinho eu fiscalizo como as equipes estão trabalhando. [...] Às vezes é ruim a gente fazer certas avaliações devido a tal política. (C5, M5).

Essa avaliação é feita também pelos relatórios do SIAB, os dados que eu recebo mensais e confiro equipe por equipe, que devem está entregando na data e horários que eu marco. A gente ainda, no município de [...] não trabalha com metas, infelizmente a gente não tem as metas traçadas por equipe, estamos tentando implantar ainda pra esse ano, o que fica mais fácil tanto pra equipe quanto pra nós enquanto coordenadores. Quanto à avaliação e monitoramento, por enquanto o que eu tenho é a questão do SIAB, que eu monitoro, que eu consigo avaliar aquele percentil da equipe, o quanto a equipe gerou de dados para a coordenação, por enquanto só os relatórios do SIAB, a estatística mensal. (C1, M1).

Nós também não tínhamos a questão da sala de situação, então nós implantamos no final do ano passado, e agora em 2014, e nas reuniões semanais, nós procuramos, a cada três meses, fazer um consolidado dos dados do SIAB, e fazemos gráficos, e nós discutimos nas reuniões como é que esses dados estão sendo recebidos e atendidos pelos profissionais. [...] como a gente sabe que tem que ter essas metas, a gente trabalha em cima das metas que vêm do Estado, metas como um todo. Tuberculose, Hanseníase, a gente faz por PSF, porque da pra fazer pela população e ai a gente vai fazendo assim. (C4, M4).

A gente faz com o nível superior e na parte dos técnicos é feito com os técnicos, aí dependendo dos tipos de problemas a gente vai chamando os técnicos e vai fazendo em geral, mas com os técnicos mesmo não é feito mensalmente ou não tem uma data prevista, vai de acordo com a necessidade. Agora com o nível superior temos mensalmente. Quanto ao monitoramento é feito pelos indicadores por equipe, cada equipe tem suas metas. Quando é feita a avaliação a gente tem um livro que é colocado de todos os meses, então temos tanto geral quanto por equipe. Faço também visitas aos postos, quando tenho tempo. [...] não aviso quando eu vou, chego de surpresa para avaliar o que acontece realmente nestes locais. (C7, M7).

Por meio dos indicadores do município como um todo. Não utilizo nenhum instrumento específico. Iniciará as avaliações utilizando o PMAQ, preparando as equipes para a avaliação externa. Devido o pouco tempo que estou na coordenação ainda não fiz nenhuma avaliação e nenhuma análise de dados. [...] Não participei nem das primeiras fases do PMAQ. (C2, M2). Fazemos o monitoramento por meio das produções e dos dados do SIAB, baseando-se nas metas do Ministério. Todos os meses eu recebo os mapas das equipes e confiro juntamente com os enfermeiros, conforme programamos. Tem o PMAQ, que estamos organizando e a uma excelente forma de avaliar as equipes, pois temos instrumentos bem direcionados. Avalio também outras coisas, como frequência, horários, enfim, a gente procura fazer com que as equipes rendam o melhor possível. Faço também visitas às unidades para fiscalizar como estão os trabalhos. (C6, M6).

A avaliação como integrante da gestão em saúde concebe um reconhecimento que se projeta na existência de múltiplas iniciativas direcionadas para sua implementação nas diversas dimensões do SUS. Podemos observar nas falas dos coordenadores que a avaliação é vivenciada de forma diferenciada nos contextos do estudo, com enfoques que a caracterizam nas variadas realidades em que está inserida.

Como direcionamento para as discussões, citamos a definição de avaliação concebida por Pisco (2006, p. 566): “[...] avaliar é diagnosticar uma realidade a fim de nela intervir.”. Takeda e Talbot (2006, p. 569) reforçam expondo que:

[...] não avaliar pode ser comparado a pilotar um avião sem instrumentos de navegação aérea, sem indicadores das condições de voo e do motor. É voar sem bússola, altímetro, velocímetro, indicadores de nível de combustível, óleo e temperatura da água.

De acordo com Brasil (2005b, p. 18):

A avaliação em saúde é um processo crítico-reflexivo sobre práticas e processos desenvolvidos no âmbito dos serviços de saúde. É um processo contínuo e sistemático cuja temporalidade é definida em função do âmbito em que ela se estabelece. A avaliação não é exclusivamente um procedimento de natureza técnica, embora essa dimensão esteja presente,

devendo ser entendida como processo de negociação entre atores sociais. Deve constituir-se, portanto, em um processo de negociação e pactuação entre sujeitos que partilham co-responsabilidades.

A avaliação tem como propósito fundamental proporcionar suporte aos processos decisórios no âmbito de atuação, devendo subsidiar a identificação de problemas e propor alternativas para a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população. (BRASIL, 2005a).

A avaliação é somente a primeira etapa de um processo que culmina com a mudança na realidade e o seu aperfeiçoamento, quando bem instrumentalizada e fundamentada. Concebemos como um importante instrumento que proporciona mudanças. Dessa forma, “[...] o objetivo não é outro senão a identificação, avaliação e correção de situações potencialmente melhoráveis.” (PISCO, 2006, p. 566).

O monitoramento faz parte do processo avaliativo, de forma que envolve coleta, processamento e análise sistemática e periódica de informações e indicadores de saúde coletados e selecionados com o objetivo de analisar se as atividades e ações estão sendo realizadas conforme o que foi planejado e se estão tendo os resultados almejados. (BRASIL, 2005b).

Uma característica comum permeada no discurso de todos os Coordenadores refere-se à inexistência de instrumentos formais de avaliação, baseados em iniciativas para tomadas de decisões. Realizam-se avaliações pautando-se nas demandas que surgem no dia a dia, com direcionamentos pontuais de curto alcance. Não se visualiza uma sistematização sólida dos mecanismos de avaliação adotados, a qual é vivenciada de acordo com as experiências dos Coordenadores do que para uma inferência fundamentada vivenciada no município. Aparece a avaliação realizada utilizando-se um instrumento que já vem pronto do Ministério da Saúde, o PMAQ, que é vivenciado mais como uma formalidade e uma forma de conseguir recursos financeiros do que como uma ferramenta institucional para tomada de decisões.

Conforme Silva e Formigli (1994), a avaliação a ser realizada pelos Coordenadores da ESF poderia ser fomentada como prática sistemática com o objetivo de propiciar aos gestores as informações necessárias para a intervenção e, conseqüentemente, para a tomada de decisões. Essas informações poderiam

constituir-se em uma base importante para o monitoramento contínuo das ações de saúde, buscando-se a qualificação dos serviços.

Faz-se necessário que os sujeitos introjetem o “olhar avaliador” no intuito de que a avaliação seja orgânica aos processos de trabalho do dia a dia, desde o profissional da unidade local de saúde e o usuário, até a esfera federal. Cada ação ou intervenção planejada deve contemplar a sua avaliação e requer esforços fundamentais na criação de instrumentos e estratégias de integração das iniciativas de avaliação existentes nas diversas esferas do SUS, no desenvolvimento de capacidade técnica e na construção de parcerias com vistas à qualificação necessária a esse processo. (BRASIL, 2003b).

Mediante algumas falas, como as dos Coordenadores C5, C6 e C7, podemos observar que o monitoramento e a avaliação do processo de trabalho das equipes aparecem com um enfoque de acompanhamento mais próximo por meio de visitas as unidades de saúde, aparecendo bem explícito nos discursos e C6 e C7 a realização de ações com enfoque de controle do trabalho, fomentadas pelas visitas as unidades sem aviso prévio, que são realizadas com o objetivo de surpreender a equipe e condicioná-la a realizar atividades extramuros de acordo com o desejo da gestão e sua percepção de necessidades, com um enfoque fiscalizador e punitivo.

Verificamos, também, que a conferência do preenchimento e entrega de relatórios referentes ao Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) na data correta constituíram meios de monitoramento e avaliação desempenhados pelos coordenadores investigados, os quais praticam a condição de controle do processo de trabalho das equipes, pautando-se no cumprimento de condições impostas pela organização do sistema de saúde.

Essas situações corroboram com o que é colocado pelo Ministério da Saúde, quando enfatiza que a avaliação em saúde no Brasil apresenta-se em um contexto em que os processos ainda são incipientes, pouco incorporados às práticas e possuem caráter mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão. Soma-se a isso, a inexistência de instrumentos existentes que constituam ferramentas efetivas de suporte ao processo decisório e na formação das pessoas nele envolvidas. (BRASIL, 2003b).

O processo de avaliação é mediado por relações de poder. Isto não deve ser ignorado por quem tem a responsabilidade de conduzi-lo, sendo

fundamental reforçar a implementação de mecanismos que assegurem a participação democrática dos envolvidos. A avaliação é uma função importante da gestão. Nesse sentido, não é meramente atribuição de avaliadores externos, devendo fazer parte do conjunto de atividades desempenhadas pelos gestores do sistema e das equipes de saúde. (BRASIL, 2005b, p. 18).

A eficácia nas estratégias de avaliação prediz que sejam alicerçadas mudanças nas estratégias de ação, voltadas, de fato, às necessidades locais, que sejam visualizadas como um incentivo para que sejam cumpridas condições mínimas de qualidade e não como uma ameaça aos trabalhadores.

Esse aspecto é exemplificado, segundo Figueiredo *et al.* (2010), pelas realizações de visitas programadas e contínuas às unidades de saúde após negociação com as equipes de saúde da família, com o objetivo de identificar as demandas dos trabalhadores e promoção de condições para o desenvolvimento de sua prática de saúde. Nesse ensejo, as práticas de saúde podem se diferenciar de uma unidade para a outra, devido às características da clientela, o que deve ser levado em consideração nas tomadas de decisões, sendo garantida autonomia às equipes para a adoção de diferentes estratégias de ação.

Nesse sentido, segundo Merhy e Chakkour (1997), interrogar na avaliação deve ser o de repensar as lógicas das intencionalidades, que possibilite o caminhar para a “publicização” do espaço da gestão do processo de trabalho em saúde onde ele se efetiva, colocando-se em jogo a possibilidade de incorporação de outro campo de tecnologias, o que se articula com os processos de “governar” e nos quais se faz presente o encontro do trabalho vivo em ato com os distintos agentes e processos vinculados aos diferentes espaços da gestão.

Nessa lógica, segundo os mesmos autores,

[...] interrogar tanto as lógicas de captura do trabalho vivo pelo trabalho morto em saúde ou vice-versa, quanto o modo de governar o processo de trabalho e a organização, tornam-se perspectivas vitais para uma informação em saúde que tenha o compromisso de revelar “as falhas” nos cotidianos dos serviços de saúde, na busca da construção de um compromisso público com a vida do usuário, individual e/ou coletivo. (MERHY; CHAKKOUR, 1997, p. 42).

O monitoramento é realizado comumente, conforme falas dos coordenadores, utilizando-se os indicadores produzidos pelo Sistema de Avaliação da Atenção Básica (SIAB), uns baseados exclusivamente nas metas estabelecidas

pelo Ministério da Saúde e outros que além destas, tomam como referência as metas por equipe de saúde da família, considerando-se as peculiaridades de cada território.

No tangente ao cumprimento de metas, o papel da coordenação não deve se resumir em apenas descrever dados, mas servir de elo entre o gestor e a comunidade local e coordenar equipes.

Para Fernandes *et al.* (2009, p. 1446):

É preciso realizar a análise das informações, relacionar fatores que precisam ser trabalhados com a população e trabalhar em conjunto com os interesses da comunidade, na busca de soluções para os problemas identificados, em consonância com os interesses do gestor, por meio de negociações e discussão de prioridades, além de possuir habilidades para liderar pessoas e motivar a equipe a fim de alcançar as metas propostas.

O SIAB foi concebido em 1998 como um dos instrumentos gerenciais dos sistemas locais em saúde. Caracteriza-se por descrever a realidade socioeconômica, a situação de adoecimento e morte da população adscrita, além de proporcionar mecanismos para avaliação dos serviços e das ações de saúde e de contribuir para o monitoramento da situação de saúde em áreas geográficas definidas, os territórios. (BRASIL, 2003c).

É um importante instrumento para o monitoramento na ESF, proporciona meios para fundamentar o planejamento, orientando a gestão das equipes de saúde da família. É formado por um elenco de indicadores que permitem a caracterização da situação socio sanitária, do perfil epidemiológico, a atenção aos grupos de risco e o acompanhamento das ações de saúde desenvolvidas localmente.

Reforçando, Freitas e Pinto (2005) colocam que a esse sistema cabe oferecer os indicadores da análise situacional para que o planejamento seja possível de acordo com as necessidades de cada território de maneira específica e descentralizada, visando à produção de qualidade de vida nas áreas geograficamente restritas. Nesse contexto, o SIAB configura-se como uma ferramenta padrão de coleta de informações na ESF, um requisito básico para a adequada organização das ações das equipes de saúde da família, os quais possuem como princípios gerais o enfoque na participação comunitária e no controle social, promovendo ações de educação e promoção da saúde.

Como descrito, a utilização do SIAB é um potente meio de avaliação e planejamento das ações focadas em prioridades. Mesmo que utilizado nos municípios deste estudo, não foi visualizada uma ação concreta de utilização destas informações, resumindo-se a ações pontuais baseadas em algumas avaliações não sistemáticas mais voltadas para busca de se cumprir as metas impostas pelo Ministério da Saúde.

Merhry e Chakkour (1997) visualizam a informação como uma ferramenta que deve apontar funcionalidades ou disfuncionalidades no interior dos processos organizacionais e, nesse sentido, conotam que a montagem de sistemas de informações em saúde é um bom meio gerencial para o enfrentamento de problemas em saúde, por se entender que a sua correta utilização permite uma visão das necessidades de saúde e dos modos necessários de operar os modelos de atenção, vistos como funcionais para enfrentá-las.

Os autores referem ainda que, mesmo com sua importância, os sistemas de informação não devem ser os únicos elementos a serem utilizados no processo de avaliação e planejamento. Não se deve negar a existência de outras possibilidades, mesmo porque os processos instituídos, expressos enquanto o mundo de significações, têm essencialmente estas características sistêmico-funcionais.

Ao pensarmos o sistema de informação como ferramenta única para avaliação e monitoramento nos serviços de saúde,

[...] acaba-se por se restringir à perspectiva de que os problemas de saúde seriam unicamente do tipo bem estruturados, e assim, permeáveis a uma representação, imediata e direta, por um “pool” de indicadores e coeficientes, bem estruturados, elaborados a partir de saberes, também bem estruturados, como a demografia, a epidemiologia, a clínica, e que possibilitariam expressar o que deveria “verdadeiramente” ocorrer de modo funcional no dia-a-dia dos serviços de saúde. E, com isso, “falhas” e “ruídos”, em vez de serem escutados como emergência de possibilidades de novas intencionalidades no campo de ação, fundamentalmente no campo das necessidades, seriam vistas como “disfunções” a serem corrigidas. (MERHY; CHAKKOUR, 1997, p. 43).

Trabalhar nessas novas possibilidades é mergulhar além da informação como uma ferramenta exclusivamente possuidora de uma lógica instrumental sistêmica, é torná-la parte das ferramentas analisadoras dos jogos instituintes e instituídos que atravessam permanentemente os serviços de saúde.

Nesse cenário, visualiza-se a possibilidade de se criar analisadores institucionais que trabalhem o espaço intercessor em saúde, conforme Merhy e Chakkour (1997), que permitam interrogar o modo como o trabalho vivo opera com a tecnologia leve das relações e como produz os produtos da intersecção, que consideram como “bens relações” fundamentais em saúde; assim como permitam analisar a forma como o processo de gestão do trabalho se produz, apropriando-se do espaço institucional da gestão organizacional, inclusive expondo a dinâmica da relação de apropriação pública ou privada deste processo.

Outro exemplo de monitoramento e avaliação vivenciado pelos Coordenadores da ESF, conforme discursos supracitados, é a realização de reuniões periódicas e contínuas com as equipes de saúde, mais especificamente os de nível superior, constituindo-se em instrumentos para a realização do monitoramento e avaliação, por meio das quais se faz a avaliação do trabalho e das necessidades locais, com a finalidade de organização do processo de trabalho. Espaço que, como já discutido anteriormente, possibilita de um lado a adoção de medidas democráticas, como a participação dos profissionais de saúde e de outro a inserção de tomadas de decisões produzidas verticalmente, de caráter não participativo.

Mediante os discursos produzidos, podemos visualizar que os enfoques atribuídos ao monitoramento e à avaliação do processo de trabalho das equipes apresentam-se diferentes e dicotômicos, ora estão relacionados a uma concepção de gestão mais participativa e ora aproximam-se de algumas características comuns à gestão clássica. Em todos os municípios em que apareceram esta condição não verificamos articulação com os elementos socioambientais disponíveis na caracterização dos sujeitos. O que podemos concluir é a existência de uma polaridade, de um lado identificada pela autonomia e de outro pelo controle. Quando pretendemos prover o controle, as possibilidades de insucessos são consideráveis, pois, de acordo com Feuerwerker (2005), o processo de trabalho em saúde não pode ser completamente controlável, uma vez que nele está posta a relação entre pessoas, e que ele está sujeito aos desígnios do trabalhador em seu espaço autônomo.

No trabalho em saúde, o espaço intercessor será sempre compartilhado, mesmo que os moldes do modelo de coordenação que se institua seja o de seu abafamento e os instituintes em ato estarão sempre gerando ruídos no seu interior.

A escuta dos ruídos do cotidiano institucional, de acordo com Merhy (2007), deve ser parte das ferramentas analisadoras dos processos institucionais, permitindo a reconstrução de novos modos de gerir e operar o trabalho em saúde. Permite interrogar sobre a captura do trabalho vivo e sobre a constituição do processo intercessor.

Nesse sentido, segundo o mesmo autor, devemos compreender a constituição do espaço intercessor como lugar de vozes e de escutas, como o lugar que revela, no interior do processo de trabalho em saúde, o encontro de dois instituintes, o trabalhador e o gestor, que querem falar e serem escutados em suas necessidades demandas.

Figueiredo *et al.* (2010, p. 250) aponta que:

[...] é preciso considerar a singularidade desse trabalhador, que está relacionada às suas ideias, valores, interesses e concepções acerca da saúde e do trabalho que a cerca. Em contrapartida, essa denominada autonomia é posta em xeque perante as normas e papéis institucionais, que conformam as práticas de saúde segundo as políticas públicas. Dessa forma, mesmo que exista uma pressão pelo cumprimento de diretrizes nacionais relativas ao desenvolvimento do trabalho em saúde, é preciso ponderar na gestão local ações que deem suporte às equipes e não somente vigie o seu trabalho, tentando construir propostas alternativas aos efeitos negativos da gestão clássica.

O poder de decisão e de negociação dentro das equipes de saúde da família não deve estar centralizado nas mãos dos profissionais de nível superior, todos que formam as equipes governam e precisam ter este governo reconhecido.

Mesmo o vigia domina um certo espaço no processo de trabalho, com sua sabedoria e prática, exercendo um certo "autogoverno" para intervir neste modo de receber os usuários, para além de tudo que estiver normatizado e protocolado como o "modo de atuar". Pois ele pode ter uma relação mais "acolhedora" ou não, pode decidir se "quebra o galho" daquele usuário, pode até decidir se o usuário está em situação de maior ou menor "necessidade" por serviços, e assim por diante. E, deste modo, como qualquer outro trabalhador da saúde pode interferir claramente no conteúdo de uma dada etapa do processo de trabalho, ou mesmo de todo o processo. (MERHY, 1996, p. 6).

Segundo Matus (1987), todos os “atores sociais governam”. Mediante esta afirmação concluímos que a dimensão chave do trabalho vivo em ato é o de estar sempre em situação de governo, como coloca Merhy (2007) e, dessa forma, fomenta-se a relação entre o sujeito em ação e o permanente estado de governar cotidianamente o seu caminhar no mundo e, em particular, o seu trabalhar no mundo.

A gestão, dessa forma, deve ser encarada como uma propriedade de cada um dos agentes e de todos eles ao mesmo tempo, operando com o jogo de disputas dos distintos trabalhadores, inclusive no modo como conformariam o espaço institucional no jogo público e privado. Nesse contexto, a Coordenação da ESF deve possibilitar o exercício de um governo que possibilitasse publicitar os processos de disputas e revelar a contratualidade que os agentes instituem entre si.

Nos serviços de saúde, faz-se necessária, além dos profissionais, a participação dos usuários nos processos de decisão, sendo estes membros ativos na avaliação e monitoramento. Não foi citado em nenhuma das falas dos Coordenadores da ESF a existência de mecanismos que considerem a satisfação ou necessidades dos usuários, portanto, não sendo visualizada uma cultura de envolvimento da comunidade nos processos avaliativos.

Essa situação vai de encontro ao que é defendido pelo Ministério da Saúde, quando coloca que se faz necessário o compromisso dos gestores para com a representatividade da comunidade no sistema de saúde, provendo o estímulo à participação dos cidadãos na avaliação dos serviços, a qual contribui para que a democratização da gestão em saúde chegue àqueles que recebem a assistência. (BRASIL, 2006b). A avaliação enquanto um processo participativo inserido numa realidade complexa, não-linear, permeada por relações de poder e fundamentado em sistematizações formais de análise que visa explicitar situações para orientar ações e intervenções críticas no contexto sócio-histórico. (BRASIL, 2003b).

Merhy (1999) traz a necessidade de acolhimento dos usuários na organização da dinâmica dos processos de trabalho, partindo da expressão de seus desejos frente ao sistema de saúde, vinculando-se, dessa forma, aos trabalhadores e provendo uma relação de compromisso e responsabilização individual e coletiva. Isso pode ser entendido, de acordo com Costa e Salazar (2008), como uma característica comum à gestão participativa, de forma que promove a reorganização

e reorientação das práticas de saúde, assegurando o compromisso com o bem-estar da comunidade.

Em se tratando da avaliação em saúde, e em especial, da avaliação da atenção básica, o objeto da avaliação é um objeto em movimento. As três esferas de governo são co-responsáveis no que se refere à avaliação da atenção básica. Deve-se reforçar seu caráter formativo, pedagógico e reorientador das políticas e práticas, superando o tradicional enfoque punitivo e burocrático. (BRASIL, 2005b, p. 19).

A avaliação, mesmo sendo considerada como uma estratégia essencial na tomada de decisões em prol da qualificação dos serviços de saúde, ainda é concebida de forma tímida nas realidades dos municípios, sendo arquitetadas de forma empírica, sem ser dada a devida importância que merece. A avaliação deve ser incorporada ao processo de trabalho dos Coordenadores da ESF, como ferramenta de gestão essencial para tomada de decisões baseadas nas reais necessidades dos serviços de saúde e da comunidade.

A institucionalização da avaliação aparece como um dos principais desafios para a consolidação dos sistemas de saúde na atualidade no país. Hartz (2002, p. 419) coloca que para institucionalizar a avaliação deve ter o sentido de:

[...] integrá-la em um sistema organizacional no qual esta seja capaz de influenciar o seu comportamento, ou seja, um modelo orientado para a ação ligando necessariamente as atividades analíticas às de gestão das intervenções programáticas. Requer, assim, o enfrentamento de aspectos (i) técnicos - definição de critérios, indicadores e instrumentos, (ii) culturais-organizacionais – referentes ao modus operandi de como as instituições desenvolvem suas práticas de avaliação e (iii) políticos - relacionados às relações de poder que se estabelecem entre as esferas de gestão e os diferentes atores envolvidos nas práticas de saúde.

Esse desafio faz-se presente nos processos de trabalho delineados pelos Coordenadores da ESF sujeitos deste estudo, na perspectiva de institucionalização de avaliações fundamentadas, baseadas em caminhos bem desenhados, na perspectiva participativa, voltadas para tomada de decisões e desenho de planejamentos para ações de longo, médio e curto prazo, buscando-se fazer cumprir os princípios e diretrizes que caracterizam a ESF.

Nessa perspectiva, convido-os para uma reflexão sobre os processos instalados no íntimo dos serviços de saúde considerando os exercícios de governos que o conjunto dos agentes realizam e que se manifestam como mecanismos

instituintes no dia a dia em um determinado modo de coordenar o conjunto do trabalho em saúde, dando-lhe uma identidade como um modelo tecnoassistencial em realização, abrindo, dessa forma, a possibilidade de compreender os distintos autogovernos, pondo-os a prova através da busca de mecanismos que pretendam "desprivatizá-los", sem anulá-los, mas sim expondo-os a discussões mais públicas dos seus sentidos, levando-os a um controle pelo coletivo dos interessados, presentes no interior de um espaço publicizado de gestão, tanto dos serviços institucionais quanto dos processos de trabalho em saúde.

Quando pensamos na Coordenação articulada à ESF, devemos compreendê-la como um instrumento do processo de trabalho em saúde capaz de contribuir para a transformação desse processo de trabalho na direção de um modelo assistencial usuário centrado, e não em função do controle e dos procedimentos e, enquanto tecnologia do trabalho em saúde, capaz de ser protagonista de mudanças e compromissada com a defesa da vida do usuário.

O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e a abrir-se para os ruídos/analísadores presentes no seu cotidiano. Com isso, e de posse de uma caixa de ferramentas que tenha o compromisso com o sujeito da ação, e em ação, pode-se reinventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em ato, coletiva e publicamente. (MERHY, 1997, p. 2).

5.2.2 A Educação Permanente no Contexto Estudado

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é uma estratégia de crescimento profissional e institucional praticamente inexistente nos municípios deste estudo, como podemos observar por meio das falas de alguns Coordenadores.

[...] aqui a gente pouco houve falar deste termo. Não temos nada organizado neste sentido. O que temos às vezes são reuniões para repassar informações sobre assuntos novos ou alguma novidade do Estado, como nas campanhas de vacinação, o PMAQ [...]. (C6, M6).

[...] hoje não existe uma Política de Educação Permanente de saúde, mas foi uma coisa que ontem na nossa reunião de equipe nós combinamos isso com os profissionais, que as reuniões de equipe, por serem toda semana e acaba que fica uma coisa muito metódica, o profissional vem, escuta eu falar, escuta o Secretário, escuta os outros coordenadores falarem e eles não falam nada, então a gente combinou ontem que cada equipe vai ficar

responsável por uma quarta-feira e a partir daí nós vamos fazer esses processos de capacitação, dentro do município por estudos de caso, começando isso na próxima semana, na própria reunião. [...] Como eu falei, o município é pequeno, nós temos um contato com todos. Essa questão de capacitação para o nível médio, nós, sempre que necessário, não todo mês, mas trazemos esses profissionais aqui para a sede do município e a gente faz essas capacitações quando surge uma vacina nova, [...] com os agentes comunitários de saúde nós fazemos uma reunião mensal, [...] e temos até um jornalzinho que é: “Agentes de Saúde em Ação”, e cada mês vem um tema específico que a gente discute na reunião e eles trabalham na comunidade. (C4, M4).

Não. Na realidade a educação permanente que a gente faz é em relação à orientação deles, com médicos, especialistas, que participam para repassar alguma coisa pra ele mais importante. Nas próprias reuniões que a gente coloca falamos sobre, como se fosse uma oficina, uma palestra mesmo, ações pontuais, fora disso não. (C6, M6).

O município ele tem total abertura para a participação dos profissionais para a questão da Educação Permanente, e o que eu posso fazer, estou incluindo pra esses momentos. Tanto é um momento super importante para o profissional enquanto profissional, como também é importante na questão do dia a dia, da sensibilidade do profissional. (C1, M1).

Visualizamos a EPS na perspectiva de Cecim (2005, p. 161),

[...] a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano. A Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

Nas análises das colocações dos coordenadores, percebemos que as ações de educação permanente, apesar de não serem referidas com muita frequência e como propriedade, compõem o processo de trabalho dos coordenadores estudados, mesmo que de forma muito incipiente e sem um comprometimento institucional. No contexto em que se apresentam, foram analisadas em relação à própria gestão e às equipes de saúde.

No que se refere à própria gestão, percebemos que não há a realização de atividades de formação/educação definidas e sistemáticas. Por outro lado, destacaram-se a realização de ações pontuais e não-programadas direcionadas aos profissionais das equipes de saúde, mais especificamente aos de nível superior, as

quais são fomentadas pelas capacitações sobre temáticas específicas, que podem acontecer no desenvolvimento do processo de trabalho ou em ações específicas para esse fim. Essas ações caracterizam-se pela eleição da temática de acordo com o interesse identificado pelos coordenadores, a qual está fundamentada no cumprimento de metas e indicadores, bem como nas ações programáticas instituídas pelo Ministério da Saúde.

São exemplos disso, a atualização técnica sobre a vacina rotavírus, referida por uma gestora; e a educação voltada à mudança de abordagem às gestantes de um município, para incentivar a sua captação precoce e, conseqüentemente, melhorar esse indicador de saúde que por hora se apresentava insatisfatório. Ainda, as ações pontuais estão relacionadas à sensibilização das equipes para a adoção de determinada metodologia de trabalho, voltada, também, às necessidades identificadas pela gestão; e à realização de um seminário anual de demonstração e troca de experiências entre as equipes de saúde da família.

Observamos a predominância do caráter pontual, por meio do qual o elemento comunicação esteja representado pela verticalização na tomada de decisão sobre o processo educativo, já que as ações implementadas constituem a materialização direta dos desejos e necessidades da gestão, cuja finalidade está na transmissão de conhecimentos e no alcance de metas e indicadores.

Sob este prisma, entendemos que as ações educativas assemelham-se aos princípios da educação continuada, em que o processo pedagógico tem como finalidade restrita a atualização dos trabalhadores, a partir de atividades de duração definida e mediante a utilização de metodologias tradicionais; subsidiada pela iniciativa da gestão, a qual julga necessária a aquisição de novos conhecimentos. Portanto, o que se apreende é que estes processos educativos têm caráter técnico e não necessariamente serão aplicados no cotidiano do trabalhador, uma vez que os “novos” conhecimentos podem diferir da realidade vivenciada e experienciada no seu processo de trabalho *in loco*. (RIBEIRO; MOTTA, 1999).

Os mesmos autores completam afirmando que o privilégio à educação continuada, enquanto estratégia de capacitação para os serviços de saúde, reforça a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho, na medida em que se centra no desempenho de cada categoria profissional e em suas funções determinadas social e tecnicamente pela divisão do trabalho. Além disso,

entendemos que as capacitações mostram-se ineficazes para a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas, já que são descontextualizadas e se baseiam na transmissão de conhecimentos. (CECCIM, 2005).

Merhy (2005) coloca que alguns treinamentos pontuais são necessários para a aquisição de certas técnicas de trabalho, mas, como o próprio nome diz, é pontual e, dessa forma, pode ser suprido sem muita dificuldade. O autor visualiza a necessidade de pensarmos em outros modos explicativos para esta relação em dobra:

[...] educação em saúde e trabalho em saúde, na qual é impossível haver separação de termos. Um produz o outro. Com efeitos fundamentais tanto para a construção da competência do trabalhador, quanto para a expressão de seu lugar enquanto sujeito ético-político produtor de cuidado, que impacta o modo de viver de um outro, material e subjetivamente constituído (o usuário, individual e/ou coletivo). (MERHY, 2005, p. 172).

A educação continuada é necessária em alguns momentos, mas não deve ser a estratégia única nos processos pedagógicos na saúde. A Educação Permanente em Saúde traz uma eloquência mais ampliada, pois, segundo Cecim (2005, p. 162),

[...] ela pode corresponder à Educação em Serviço, quando esta coloca a pertinência dos conteúdos, instrumentos e recursos para a formação técnica submetidos a um projeto de mudanças institucionais ou de mudança da orientação política das ações prestadas em dado tempo e lugar. Pode corresponder à Educação Continuada, quando esta pertence à construção objetiva de quadros institucionais e à investidura de carreiras por serviço em tempo e lugar específicos. Pode, também, corresponder à Educação Formal de Profissionais, quando esta se apresenta amplamente porosa às multiplicidades da realidade de vivências profissionais e coloca-se em aliança de projetos integrados entre o setor/mundo do trabalho e o setor/mundo do ensino.

Os modelos de capacitações vivenciados na realidade destes municípios não se mostram mais eficazes na busca da incorporação dos novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas em saúde, tanto no que tange à gestão, como de atenção e de controle social, mediante a sua condição de trabalhar de maneira descontextualizada das realidades e se basearem, principalmente, na transmissão de conhecimentos. Vislumbramos a Educação Permanente em Saúde como

potencial orientadora das iniciativas de desenvolvimento dos profissionais e das estratégias que se almejam em busca da transformação das práticas de saúde.

A compreensão do que seja de fato Educação Permanente em Saúde nem mesmo foi visualizada nos discursos dos coordenadores, que não demonstraram ter propriedade ao falarem sobre o assunto, alguns ainda vincularam a treinamentos pontuais, repasses de informações, típico de uma vertente mais voltada para a educação continuada, como reprodução de seus processos de ensino e aprendizado vivenciados na academia. Tivemos um relato que mais evidenciou esta inapropriação sobre o assunto, demonstrando as grandes fragilidades que giram em torno da política de EPS, como se segue, referindo-a com os processos de educação em saúde para a comunidade, apesar de citar também a necessidade de treinamento dos enfermeiros.

No município não existe educação permanente, estava olhando os dados do SIAB, as equipes vem dando poucas palestras para a comunidade e o PSF deve trabalhar mais prevenção do que tratamento. [...] iniciará cobranças e incentivos para palestras na comunidade. [...] também iremos iniciar alguns treinamentos nas reuniões para os enfermeiros para repassarem para os demais.

Ao analisarmos esse problema de cunho institucional, regional ou nacional de maneira contextualizada, podemos perceber a complexidade de sua explicação e a necessidade de intervenções articuladas, desde ao fortalecimento desta política no país, com mudanças que venham desde a formação acadêmica e transcenda as práticas diárias nos serviços de saúde.

Para que seja possível haver mudanças nas práticas de gestão e de atenção, é de fundamental importância que haja a capacidade de diálogo com as práticas e concepções vigentes, assim como de problematizá-las no processo de trabalho de cada equipe e de construir novos pactos de convivência e práticas, que aproximem os serviços de saúde dos conceitos da atenção integral, humanizada e de qualidade, da equidade e dos demais marcos dos processos de reforma do sistema brasileiro de saúde.

Nos tempos atuais não é mais possível se trabalhar na perspectiva de visões gerenciais que se posicionam sistematicamente pela noção de que a baixa eficácia das ações de saúde é devida à falta de competência dos trabalhadores e, dessa forma, pode ser corrigida por meio de cursos compensatórios, ensinando

aquilo que falta, com a proposição de cursinhos que levam os profissionais à exaustão, que consomem recursos imensos e que não vêm gerando efeitos positivos e mudancistas nas práticas destes profissionais. (MERHY, 2005).

A introdução da EPS seria uma estratégia fundamental para a revitalização das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde, por meio de ações intersetoriais oficiais com o setor da educação, provendo-se processos de mudança na graduação, nas residências, na pós-graduação e na educação técnica à ampla permeabilidade das necessidades e direitos de saúde da população, no que tange à universalização e à equidade das ações e dos serviços de saúde. (CECCIM, 2005).

O mesmo autor coloca ainda que:

[...] a interação entre os segmentos da formação, da atenção, da gestão e do controle social em saúde deveria permitir dignificar as características locais, valorizar as capacidades instaladas, desenvolver as potencialidades existentes em cada realidade, estabelecer a aprendizagem significativa e a efetiva e criativa capacidade de crítica, bem como produzir sentidos, auto-análise e autogestão. Para tanto, teremos de pensar/providenciar subsídios para que se pense/providencie a Educação Permanente em Saúde. (CECCIM, 2005, p. 166).

Merhy (2005), quando reflete sobre o estudo de Ceccim (2005), coloca que o processo que esteja comprometido com a EPS tem de estar provido de forças para gerar no trabalhador, no seu dia a dia de produção do cuidado em saúde, transformações reais e contextualizadas da sua prática, o que potencializaria a capacidade de problematizar a si mesmo no agir, pela geração de problematizações.

A qualificação dos trabalhadores de saúde, tanto os que atuam na gestão como os que atuam na assistência, é de fundamental necessidade, mediante aos avanços teóricos, organizacionais, tecnológicos e políticos ocorridos e a diversidade, tanto no que se refere ao campo da atenção, como ao da gestão, o que produz cotidianamente novas situações a serem trabalhadas. A EPS traz elementos que possibilitam a resignificação do processo de trabalho, por conceber-se em serviço, e a apropriação efetiva do território, com suas necessidades de saúde sentidas ou não. Formiga *et al.* (2006) reforçam afirmando que as mudanças ocorridas como fruto das ações da reforma do sistema de saúde no Brasil exigiram a redefinição dos papéis das distintas esferas de governo e, dessa forma, traz consigo a necessidade da capacitação dos recursos humanos para se adequarem às novas demandas.

Na atualidade, faz-se imprescindível que gestores e gerentes estejam inseridos num arrojado processo de educação permanente para que possa administrar com competência todos os processos que compreendam a gestão do cuidado em saúde e acompanhar as mudanças no sistema de saúde, a exemplo do processo de descentralização.

Nessa conjuntura, segundo os Ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL, 2006g, p. 11),

A educação, sem dúvida, é um instrumento potente para corrigir o descompasso entre a orientação da formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e as necessidades do SUS. Constitui-se em uma ferramenta para superação da distância entre algumas conquistas da Reforma Sanitária (como ter trazido para lugar de destaque as discussões acerca da importância da integralidade da atenção e do conceito ampliado de saúde) e as práticas de saúde vigentes no País.

5.2.3 A Aproximação dos Coordenadores da ESF com as Instâncias de Participação e de Controle Social

A participação popular e social na construção e consolidação do SUS aparece como uma marca registrada e um marco histórico e político, pois, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998a, p. 11), a participação das pessoas nas decisões é uma “[...] forma de controle social que possibilita a população, através de seus representantes, definir, acompanhar a execução e fiscalizar as políticas de saúde”, alavancando o processo de democratização do SUS, na perspectiva de uma gestão diferenciada.

A Reforma Sanitária brasileira, de acordo com Bravo *et al.* (2006b, p. 13) propôs uma “[...] nova forma de relacionamento entre Estado e sociedade civil, investindo na participação de novos sujeitos sociais na definição da política setorial, por meio dos conselhos e conferências de saúde [...]”, as duas instâncias devidamente respaldadas por lei que configuram os meios mais fortalecidos para participação da população e fortalecimento do controle social no que rege à saúde no país.

Nessa inferência, os Coordenadores da ESF foram indagados sobre o processo de aproximação como estas instâncias de controle social, assim como de

outros meios que fomentem uma participação ativa da comunidade. Foram produzidos alguns discursos, dos quais citamos:

Nós procuramos tentar ao máximo estar próximos da população e o Conselho Municipal é muito ativo, e como eu falei, é essa questão do planejamento. A gente procurou fazer esse planejamento justamente pra sentir da população e tentar estar mais próximo. E também tem uns governos itinerantes, onde a Secretaria de Saúde também vai até a localidade e tem esse feedback com a comunidade, com a população. [...] uma coisa que nós colocamos no planejamento, de criar os Conselhos Locais de Saúde. [...] participo das reuniões. [...] nós anotamos e trazemos isso para a Secretaria, conversamos com o Secretário, conversamos com a equipe de saúde envolvida e a gente procura tomar a melhor decisão dentro também dos limites da Secretaria e da própria equipe. (C4, M4).

[...] geralmente já tem as pessoas certas que participam das reuniões de Conselho, tem os representantes que vão. Às vezes eu vou como representante. As vezes sou convidada, dependendo da pauta, mas é muito difícil. Onde tem com a comunidade que também aconteceu duas vezes foi com a área indígena, pois tudo que for desenvolver a comunidade tem que dar o aval, mas do restante não. (C7, M7).

[...] até porque também eu sou convidada para ouvir as queixas da comunidade relacionadas a PSF tal, a PSF tal, enfim. As queixas colocadas pelo Conselho viram pauta de reuniões nas reuniões quinzenais que a gente tem no município. Se por algum motivo um usuário se queixou de um PSF tal, aí assim, a gente procura colocar na reunião para que aquela queixa daquele usuário não seja só daquele PSF, a gente já passa o problema para todos os PSF. (C1, M1).

Minha relação é a participação das reuniões no Conselho de saúde que ocorre mensalmente, junto com outros coordenadores e o secretário de saúde, quando tem alguma coisa para ser aprovado, para tomadas de decisões, onde abordamos assuntos para melhorias da qualidade na saúde do nosso município. [...] não temos Conselhos Locais de Saúde nas comunidades. (C5, M5).

[...] devo ter ido umas duas vezes na reunião do conselho, foi pra aprovar uns projetos que o Secretário de Saúde pediu que eu levasse. [...] não sou membro. [...] vejo o conselho pouco atuante. [...] não incentivo no município para o funcionamento do conselho como é para ser. [...] aqui os Conselhos Locais não funcionam. [...] não sei como foi que os membros foram selecionados. (C6, M6).

Todos os discursos produzidos pelos sete coordenadores apontaram que nos municípios existe um Conselho Municipal de Saúde, em uns de forma mais atuante e em outros menos, haja vista que a obrigatoriedade do funcionamento destes é garantida constitucionalmente e fundamentado por meio da Lei Federal nº 8142/90.

Partimos de uma análise reflexiva do texto constitucional de 1988 (BRASIL, 2004b) e a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) os quais afirmam e oficializam que a participação popular é arquitetada como direito socialmente garantido, como um dos princípios fundantes do SUS (BRASIL, 1990),

levando a corporificação do processo de redemocratização brasileira, não somente no âmbito da política de saúde, mas se ramificando para todas as demais políticas públicas.

Nesse contexto, pensamos que a participação popular e o controle social pertencem ao rol de direitos, principalmente na garantia do direito à saúde como exercício de cidadania. O processo de construção do direito à saúde insere-se, dessa forma, no domínio micro das relações entre usuários, profissionais e conselheiros de saúde e população, mergulhadas nos significados que aí são produzidos e reproduzidos e continuamente reinterpretados. Pensar nas abordagens pautadas exclusivamente nas macroestruturas, ainda que sejam fundamentais, não são suficientes para a análise aprofundada desse processo por não incorporarem várias das dimensões nele envolvidas, limitando a amplitude dos olhares para decisões.

As colocações de C4 são as que mais se aproximam do modelo que se busca para o controle social no SUS, como a garantia de espaços para discussões com a população, não somente no conselho, como também em algumas iniciativas, como o que chamaram de governo itinerante. Observamos um modelo que caracteriza a participação segundo Cataneli (2000, p. 23), que a concebe “[...] perspectiva do controle social permite à população interferir na gestão da saúde, colocando as ações e os serviços na direção dos interesses da comunidade e estabelecendo uma nova relação entre o Estado e a Sociedade [...]”.

Carvalho (1995) e Sousa (2003) relacionam a participação popular à democratização da saúde com vínculo à reivindicação ao acesso universal e igualitário aos serviços e ao poder. Colocam ainda o sentido de luta e contestação, no tangente aos problemas relacionados ao mau funcionamento do sistema encontram solução na organização, mobilização, denúncia e pressão, fomentada pela participação direta de vários segmentos sociais de grupos locais de saúde, vinculados às unidades de prestação de serviços na área.

Benevides (1994, p. 9) afirma que a participação popular “[...] é aquela que institui o cidadão como portador de direitos e deveres, mas essencialmente criador de direitos para abrir novos espaços de participação política.”. O mesmo autor conota, também, que existe uma cidadania passiva, que é instituída e continua sendo vivenciada pelo Estado, e uma cidadania ativa, advinda da conquista da

sociedade civil organizada, que vai além de reconhecer direitos e deveres, mas constrói direitos, aprofundando os preceitos da participação popular no direcionamento do controle social.

Mesmo no município M4, podemos visualizar que existe a participação social direcionada no sentido de reclamações, bem mais observado nos discursos do Coordenador C1, em que a comunidade coloca uma queixa e os coordenadores passam para as equipes que devem trabalhá-la. Ainda não visualizamos de forma sólida a participação da população nas definições das políticas locais de saúde, o que caracteriza de fato o controle social.

No contexto de relatos dos coordenadores, percebemos que a participação social se faz, mesmo que de forma tímida, apenas no âmbito dos Conselhos Municipais de Saúde, presente e citado por todos estes gestores, conselhos estes que deveriam ser, segundo Bravo (2002, p. 47),

[...] *locus* do fazer político, como espaço contraditório, como uma nova modalidade de participação, ou seja, a construção de uma cultura alicerçada nos pilares da democracia participativa e na possibilidade de construção da democracia das massas.

Costa (2002, p. 47) complementa colocando que os Conselhos

[...] são espaços de interação que se caracterizam por um tipo de distribuição do poder justificada pela realização de uma tarefa comum, de interesse comum, para o cumprimento de uma responsabilidade comum.

Ainda, de acordo com Bravo (2001, p. 133):

O Conselho Local de Saúde é [...] uma entidade não instituída juridicamente, mas que possibilita a participação da comunidade na elaboração de propostas para a política de saúde em sua localidade; consiste na articulação dos usuários e dos trabalhadores de saúde, com a finalidade de estabelecer relação entre conselheiros e a base.

Os Conselhos configuram-se como espaço privilegiado para a participação da comunidade por meio de seus representantes, que possuem direito a voz e a voto na decisão dos rumos da política de saúde nos municípios, mesmo que, conforme algumas falas dos coordenadores, seja visto e vivenciado sem se aproveitar o potencial desta instância de controle social, sem uma compreensão mais aprofundada das pessoas que são integrantes da importância do espaço em

que estão inseridas, funcionando, muitas das vezes, como um mero conforme para aprovação de projetos e espaço de reclamações formais do trabalho de algumas equipes de saúde da família. Os governantes não demonstram nenhum interesse de prover o aponderamento destas pessoas, socializando o poder, que continua centralizado nas mãos dos políticos, que acabam tomando decisões que mais lhes convêm e que seja de interesse político, sem a conotação das reais necessidades sentidas e descritas pela população.

Costa e Noronha (2003, p. 359) corroboram com essas colocações ao afirmarem que o princípio de participação social está associado fortemente ao de descentralização, na perspectiva de aproximação territorial entre usuários, profissionais de saúde e gestores. No entanto, vícios infundidos na cultura política podem constituir-se em fatores negativos na consolidação das práticas democráticas e do respeito aos princípios da Democracia que almejamos. O trabalho para acabar com o clientelismo requer a construção de instituições que garantam a capacidade de fortalecimento do governo agregada à capacidade de controle dos cidadãos sobre as ações.

Outra característica que podemos observar nas falas dos coordenadores, principalmente na de C6, M6, é a descrença nos Conselhos de Saúde, visualizando-o apenas como um espaço formado por obrigação, pois é necessário para que os projetos dos municípios sejam aprovados a nível estadual e/ou federal e o financiamento garantido. Pensa-se a participação social como vozes desfundamentadas, sem direcionamentos sérios e condizentes com o que de fato se quer fazer.

Sales (2003, p. 95), com colocações contrárias ao que foi supracitado, pensa que a participação deve ser fomentada com disciplina, definição de responsabilidade e criação de mecanismos para garantir a realização das decisões tomadas, assim como com sanções para quem, concernindo por aquelas decisões tomadas, não as toma em consideração ou as infringe. Não é baseada no grito, mas na palavra responsável. O autor coloca ainda que disciplina, responsabilidade, criação de mecanismos, sanções ou algo do gênero só se opõem à participação quando são impostas, ou seja, quando não são definidas coletivamente por quem as julgaram importantes para efetivação das suas próprias decisões.

Desse modo, Bravo *et al.* (2006b, p. 29) afirmam que:

[...] somente a partir da clara compreensão do espaço do conselho enquanto uma arena de disputa de diversos interesses é que se pode avançar na implementação do projeto de Reforma Sanitária, que tem como uma de suas propostas a gestão democrática.

As visões de participação social necessitam de uma ampliação, assim como sua magnitude, na perspectiva que esta não se limita apenas aos canais institucionais tradicionais, como o Conselho Municipal de Saúde. Nesse sentido, concebe-se aos profissionais de saúde o desafio de romper com o ranço das antigas políticas, que excluía o cidadão dos serviços públicos de saúde, focando-se na busca de uma participação ampla e não seletiva e confinada a espaços únicos, que apropriava apenas aqueles sujeitos afinados com os costumeiros jargões institucionais. (PÉRET, 2011, p. 21).

Nesse cenário, citamos os Conselhos Locais de Saúde, que não são visualizados em nenhum dos municípios estudados, como instâncias de grande potencial para participação popular de forma mais próxima dos territórios e que trazem as reais necessidades locais, como espaço de discussões iniciais para o que se quer levar para o Conselho Municipal de Saúde. É um espaço que proporciona excelentes oportunidades para inserção das equipes de saúde da família, na perspectiva de se produzir saúde, baseando-se nas reais necessidades da população. É uma forma de potencializar o poder local para decisões fundamentadas e eficazes, o qual é definido por Teixeira (2001, p. 20) como a “[...] relação social em que a sociedade civil, com todos os seus componentes – organizações, grupos, movimentos, é um dos atores, e, embora limite-se por uma territorialidade, nela não se esgota.”.

Os Conselhos Locais de Saúde, segundo Lacerda e Santiago (2007, p. 200), configuram-se

[...] como formas de participação popular, onde os profissionais e a comunidade possam discutir sobre as questões de seus interesses, bem como elaborarem propostas a serem levadas e defendidas em instâncias decisórias, a exemplo dos conselhos e conferências municipais de saúde. Trata-se, portanto, de um espaço potencializador da criatividade dos usuários na proposição e elaboração da política local de saúde, já que são eles os que realmente vivenciam no cotidiano das unidades de saúde a efetividade ou não das políticas.

Os mesmos autores colocam ainda que estes Conselhos destacam-se por seu caráter democrático, pois permite que todo e qualquer cidadão participe de suas reuniões com direito a voz, de forma que permite a presença de outras pessoas da comunidade, além dos conselheiros e de lideranças comunitárias que habitualmente participam das reuniões, que expressam suas reivindicações e/ou necessidades do local onde moram. Bravo *et al.* (2006a) apontaram estes Conselhos como espaços de implementação da gestão democrática e exercício do controle social, apesar de não serem reconhecidos oficialmente em lei federal.

Em cada território da ESF pode ser implantado o Conselho Local de Saúde, de caráter consultivo, com a finalidade de elaborar e remeter demandas da população para o Conselho Municipal de Saúde, com o intuito propositivo de contribuição na formulação de políticas público-sociais de saúde. (XIMENES NETO, 2007).

Nesse contexto, os Conselhos Locais de Saúde permitem a inserção de toda a população como legítimos porta-vozes das necessidades, reforçando o real caráter popular da participação, de forma que sua representação encontra respaldo na comum condição de vida das demais pessoas locais. A participação de populares possibilita a real inserção de suas demandas nas prioridades dos locais onde moram, além de torná-los membros efetivos dos conselhos.

Segundo Bordenave (1994, p. 11), “[...] pessoas participam em sua família, em sua comunidade, no trabalho, na luta política [...]”. Essa participação é que fortalece os movimentos sociais, a gestão coletiva, os poderes hegemônicos ou não. A participação produz sujeitos sociais, que irão fazer seu controle.

[...] a partir das propostas arroladas pelos conselheiros, que a dinâmica de funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde faz emergir elementos constitutivos de um espaço democrático na medida em que os representantes da comunidade travam debates que desencadeiam processos de enfrentamentos e reivindicações junto ao gestor público, viabilizando na prática o objetivo da construção da participação popular. Vale salientar que estes conselhos são considerados como o *locus* para onde converge boa parte das demandas da comunidade em busca de possíveis soluções junto aos órgãos competentes. (LACERDA; SANTIAGO, 2007, p. 202).

Nesse caminho, consideramos que os Conselhos Locais de Saúde são grandes construtores da participação popular no campo da saúde, de forma que os

conselheiros comunitários e os usuários desses grupos devem elaborar proposições para a melhoria dos serviços e ações locais de saúde. Isso nos leva a compreender que a Estratégia Saúde da Família vem se constituindo num campo fértil para a implementação da participação popular.

O exercício da participação popular e o incentivo e a capacitação da comunidade para a participação e o controle social devem constituir-se em uma prática não só dos Coordenadores da ESF, mas também, de forma essencial, de todos os trabalhadores de saúde que atuam no território, potencializando a prática que leva ao exercício e busca da efetivação do princípio da participação popular. Destarte, segundo Ximenes Neto (2007), os Conselhos de Saúde são arenas de tensão político-social, nos quais estão em jogo diferentes interesses. São fomentados na participação social e democrática, em busca de direitos sociais e da cidadania integral por meio do controle social.

Mediante discussões até aqui arroladas, pautamos como importante para o desenvolvimento da gestão participativa e o alcance dos princípios da ESF e, conseqüentemente, os do SUS, que as equipes de saúde busquem a promoção solidária da participação ampliada dos gestores, trabalhadores de saúde, famílias, sujeitos e comunidades, na busca do exercício de uma prática democrática em busca de melhoria dos níveis sanitários e exercício da gestão coletiva e da cidadania integral. É de relevante importância a formação dos Conselhos Locais de Saúde e valorização do papel dos conselheiros no nível local, de forma que os mesmos apresentem-se como sujeitos sociais, políticos e de gestão, por atuarem na formulação de política e fiscalização tanto da ESF, como das políticas de consolidação do SUS a nível municipal.

Dessa forma, entendemos que a tomada de consciência reflete como um essencial elemento no processo de construção do direito à cidadania, como um dever que deve estar imerso no processo de trabalho dos Coordenadores da ESF, preponderando-se a participação popular como um mecanismo para efetivação desse direito, que, tendo em vista o cenário atual, acreditamos que, mesmo com os avanços legais, faz-se ainda necessária a superação de vários desafios nos planos objetivo e subjetivo, para a consolidação da participação e do controle social de modo a materializar as conquistas no plano legal.

As equipes de saúde da família poderiam iniciar o incentivo a participação popular permitindo e sensibilizando para que as pessoas venham participar das reuniões que ocorrem de rotina no Centro de Saúde da Família, dando-as a oportunidade da fala e que esta seja considerada no tangente à tomada de decisões. O mesmo poderá ser feito pelos Coordenadores da ESF no que se refere às reuniões que os mesmos organizam com a participação dos profissionais das equipes de saúde da família, conforme já foi discutido anteriormente.

5.2.4 Dificuldades no Exercício da Coordenação da ESF

Nas discussões anteriores, já foram abordadas algumas dificuldades no exercício da coordenação, mediante os relatos dos Coordenadores. Neste momento, será aberta uma análise referente ao que estes gestores colocaram como principais dificuldades, em meio a tantas outras.

Município de interior é muito movido pela questão política. Até isso é dificultoso para mim trabalhar. A gente está com uma dificuldade enorme agora pela questão do PMAQ. O PMAQ está chegando aí fica aquele troca, troca de profissional porque fulano é do lado tal, tem que ir para tal canto, enfim, o que dificulta o processo de trabalho, pois tem gente que trabalhou muito e sai, e de repente chega um lá que não quer nada aí, atrasa. (C1, M1).

As dificuldades que eu senti no início foram assim, que o Coordenador da Atenção Básica ele é coordenador da atenção básica; da imunização; táxi; do NASF que pega a atenção básica também; Mais Médicos; PROVAB. Então quase todos os programas do Ministério no município é de responsabilidade da atenção básica. Então eu senti uma dificuldade enquanto a isso porque quando nós assumimos isso a gente tem que ter responsabilidade pelo compromisso de cumprir as metas que vem do Ministério, que vem da Regional, e tem que manter esse contato com o profissional, com o usuário, e de uma certa forma eu me sentia um pouco sobrecarregada em cima disso. Agradecia por eles terem confiado isso, mas eu me sentia um pouco impotente, sufocada em relação a isso. (C4, M4).

As dificuldade que encontro são dos problemas que a gente vem contraindo em relação a pequenas coisas mesmo, como materiais, questões de licitações, acaba que você fica muito de mãos atadas em determinadas coisas. Principalmente agora que se iniciou gestão, então ainda tá tudo desorganizado, entrando no eixo. Então para mim o que mais dificulta é a falta de instrumentos para trabalhar muitas vezes. [...] se eu tivesse mais autonomia acho que as vezes as coisas fluiriam melhor, pois tem muita coisa que a gente mesmo pode resolver, e ficam empacadas até você conseguir chegar, convencer, muita coisa já desandou. (C7, M7).

Falta de recursos, falta de materiais, falta de reuniões periódicas, falta de transporte, muito das vezes necessita de outras secretarias ou ate mesmo

de outras pessoas ou ainda licitações para que sejam realizados. Acredito que se tivesse o básico e maior parceria entre os profissionais facilitaria muito meu trabalho como coordenador da atenção básica. (C5, M5).

As maiores dificuldades que encontro é no acúmulo de funções. A gente tem que dar conta de várias e várias coisas além de Coordenar o PSF. Faço trabalho de vigilância, PSE, PMAQ, NASF e outras coisas mais. [...] outro problema sério é a falta de estrutura, como você pode ver, o teto desta sala está para cair na minha cabeça, não tem onde coloque nada, fica tudo bagunçado. [...] com a mudança política foi realizada a troca de vários profissionais, uns para um lado e outros para outro, o que dificulta a gente produzir um trabalho e dar continuidade. [...] acho também que eu conseguiria fazer muito mais coisa se eu tivesse mais autonomia, pois muita das vezes me sinto preso. Tudo tem que passar pelo Secretário e a politicagem piora mais as coisas. (C3, M3).

Eu estou com pouco tempo na coordenação, num tenho nem o que falar muito, mas a maior dificuldade que estou sentindo é em relação ao próprio cargo, pois não temos nenhum manual que ensine como ser coordenador e menos ainda em municípios pequenos, com todas as precariedades existentes. [...] o que senti até agora como maior dificuldade é esta tal de politicagem, desestimula de mais a gente. (C2, M2).

Mediante os discursos supracitados, apresentaram-se quatro dificuldades que foram bem instigadas e algumas repetidas nas falas, sendo elas: a ausência ou baixa autonomia, a influência politiqueira, o acúmulo de funções e as condições precárias de trabalho. Outras dificuldades foram relatadas, tanto na abordagem deste questionamento propriamente dito como em relação a outras discussões. Nesse contexto, o foco de análise será referente às principais dificuldades, mesmo que já se tenha iniciada uma análise anterior sobre estas e que daremos, neste momento, uma maior ênfase sobre os assuntos.

De fato, como referido por alguns coordenadores, a falta ou limitação da autonomia trava consideravelmente o trabalho a ser desenvolvido, pois, mediante as características do cargo, processa-se uma condição em que se deve estar tomando decisões cotidianamente, sem haver o poder para isso. Quando esta capacidade de tomar decisões é retraída, os processos tendem a se desenvolverem em passos curtos. O coordenador tem a sua capacidade de liderança enfraquecida. Cecílio (1999, p. 319) traz a reflexão que “[...] falar em autonomia é também falar do exercício do poder, mas em outros circuitos, outros arranjos: distribuição, desconcentração, capilarização do poder.”. Freire (2002, p. 66) complementa colocando que “[...] o respeito à autonomia e à dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros [...]”.

A forma de como autonomia vem sendo trabalhada na maioria dos municípios ainda continua muito atrelada ao modelo Taylorista de se administrar. Concebe-se de forma limitada, parcial, outorgada, por meio de delegação de tarefas, de responsabilidades, não levando em consideração o processo, a qualidade do produto final, a subjetividade dos sujeitos que estão envolvidos e nem o processo de organização do trabalho dos Coordenadores da ESF.

Pelas próprias características do cargo e o seu potencial de articular as mudanças na forma de se produzir saúde a atenção básica, é importante que seja dada autonomia aos Coordenadores da ESF, com objetivos bem definidos, normalizados de modo participativo, para que estes possam exercer a autonomia real do trabalho, que é definida por Enfield (2003, p. 356) como o poder de “[...] ‘fazer bem’ e de ‘fazer o belo’. [...] autonomia real é a iniciativa tomada, é a criação e o poder de decisão diante de uma situação imprevista.”.

Quando é garantida autonomia aos Coordenadores da ESF, está se descentralizando/desconcentrando poder, o que não foi percebido na maioria dos municípios deste estudo, pois nem todo gestor tem abertura para essa necessidade. Na busca da melhoria dos processos de trabalho desses profissionais, a prática de descentralização do poder tem que fazer parte do *status quo*. Uma autonomia num contexto fundamentado, baseada nos caminhos que levam a qualificação da ESF como política que veio para reverter o modelo clássico até então vigente, a fim de promover a

[...] capacidade de aprender a pensar, argumentar, defender, criticar, concluir e antecipar, mesmo quando não se tem poder para, sozinho, mudar uma realidade ou normas já estabelecidas. Pressupõe que a organização do trabalho admita que as ações profissionais competentes transcendam as prescrições; porém não é sinônimo de independência e sim, de interdependência, entendida como responsabilidade e reciprocidade. (BRASIL, 2003a, p. 12).

Uma autonomia para gerar autonomia, um coordenador que tenha autonomia, mas que também garanta o exercício da autonomia responsável por parte dos profissionais da ESF, que suas criatividade não sejam bloqueadas, que o diálogo e a tomada de decisões sejam correlatos, produzidos em um espaço coletivo, com uma coerência participativa, como salientam Teixeira *et al.* (1996, p. 150), a autonomia é “[...] requerida como mecanismo crucial para a boa prática

profissional. As interferências – burocráticas, políticas ou gerenciais – são vistas como risco potencial à qualidade da assistência prestada.”.

O processo de trabalho desenvolvido na ponta, de acordo com Franco (2006b), deve ter como uma de suas principais características o alto grau de autonomia que os trabalhadores exercem sobre seu próprio trabalho, pois eles operam a partir de certa singularidade, de um modo específico de ser e atuar no mundo, que não reconhecem os limites de sua autonomia dentro do processo de trabalho.

A ESF necessita de um coordenador que tenha autonomia e que fomente mecanismos para a garantia da autonomia profissional no desenvolvimento dos processos de trabalho, pois, mediante colocações de Peduzzi e Ciampone (2005), representa um importante aspecto no campo da saúde, de modo que as ações não devem ser executadas automaticamente, mas segundo avaliações fundamentais no conhecimento profissional, a fim de implementar a conduta mais adequada às necessidades de saúde do usuário e/ou da população.

É muito comum nos municípios de pequeno porte do interior nordestino a influência politiqueria nos rumos que se dá a saúde local. Uma política partidária que visualiza o profissional de saúde como um voto que pode trazer outros votos, mediante a influência social que estes acabam adquirindo dentro da comunidade. O lado político de escolha do profissional tem muito mais peso para seleção deste para algumas ações e/ou cargos do que sua competência, responsabilidade, preparo e formação. Ficou claro, nas reflexões anteriores, que a forma de ascensão dos profissionais para o cargo de Coordenação teve como fator determinante a escolha partidária destes, anulando completamente a possibilidade de outros profissionais, mesmo que mais preparados, estarem assumindo o referido cargo.

Assim como a influência direta sobre os profissionais, o modelo de política partidária também interfere significativamente nos processos de trabalho da coordenação, de forma que, muitas decisões são baseadas nas escolhas partidárias, mesmo que fuja do que foi programado anteriormente. O coordenador acaba tendo que desenvolver ações clientelistas em prol daqueles que são do agrado do Prefeito e/ou Secretário da Saúde. O foco de atenção às prioridades que se busca com a ESF são deixadas em segundo plano quando não traz ascensão política direta do prefeito.

Essa forma de pensar e fazer saúde ainda retrai a capacidade da ESF de está modificando os modelos clássicos de fazer saúde, centralizado no médico. O que se percebe são prefeitos mais preocupados em conseguir médicos para fazer consultas e disponibilizar remédios e exames indiscriminadamente para população do que investir em ações de promoção da saúde, pois gera mais impacto direto e de imediato na população, que vem imersa em uma cultura de que a saúde está centrada na cura de doenças, com a possibilidade de gerar mais votos.

Os municípios ainda têm que avançar muito para dar respostas mais responsáveis para a população mediante o processo de descentralização, revertendo os impactos negativos gerados pelo clientelismo politiqueiro e desenvolver mecanismos racionais de se produzir saúde, tendo como foco a integralidade e a atenção por prioridade, fortalecendo a atenção básica, estando inserido em uma rede de atenção regional. O acesso às ações de saúde deve ser universal, independentemente do partido partidário que se defenda e que as energias devem ser utilizadas em favor da população como um todo e não a apenas um grupo específico selecionado por opção de voto.

Nesse contexto, o processo de trabalho do Coordenador da ESF acaba sendo aprisionado por um trabalho morto, baseado em regras politiquieras instituídas no município, onde o trabalho vivo fica engessado, aparecendo vários ruídos na busca de atalhos de fuga, levando a um sofrimento contínuo, o que acaba trazendo um desestímulo aos profissionais, que acabam desenvolvendo suas ações por obrigação e não por responsabilidade.

Mediante o despreparo, o desestímulo e o aprisionamento politiqueiro do trabalho do coordenador nos municípios em estudo, acabamos repetindo um modelo de gestão arcaico, sem perspectivas de melhorias, alicerçado no bem querer dos que se denominam líderes do município, reproduzindo um modelo de saúde centrado na doença, mascarado pela ESF, mas que não consegue prover as mudanças que se pretende. O ser humano é visualizado como uma opção política, “eu voto, logo existo”.

Toda esta condição de aprisionamento do processo de trabalho do Coordenador acaba tornando-se mais mecanizado e descontextualizado com os reais princípios e diretrizes da ESF quando se soma ao acúmulo de funções que são colocadas para responsabilidade deste profissional, limitando o seu tempo e pensar

para se voltarem ao que de fato se espera de um coordenador. Coordenam outros serviços, são responsabilizados por outras ações e acabam tendo que ser Capatazes dos Secretários de Saúde, que colocam estes para resolverem assuntos técnicos e políticos da Secretaria que são de responsabilidade destes, como podemos observar na fala do Coordenador C5, M5:

Muitas coisas que é para o Secretário resolver ele coloca em nossas mãos. Fica mais preocupado em está atendendo o povo e arrumando exames, carro e remédios do que fazer outras coisas. [...] preocupa-se mais com as verbas do que como está as unidades. Isso acaba sobrecarregando a gente com várias burocracias, que tem que assumir várias coisas em município pequeno.

Quando não se tem um foco, os resultados tendem a não serem satisfatórios. Um processo de trabalho indefinido e invadido constantemente por variadas demandas de cunhos diferenciados não consegue ter uma identidade própria, o que acaba se reproduzindo na forma de se apagar incêndios, está perdendo energia com problemas que poderiam ter sido previstos e trabalhados anteriormente, não se aproveitando a capacidade e oportunidade para estar se pensando em desenvolver ações bem planejadas e arquitetadas na busca de melhorias dos serviços de saúde, em específico da ESF, continuando reproduzindo-se um modelo que já está comprovadamente esgotado.

Processa-se um trabalho “Secretaria centrado”, com caráter burocrático de resolver problemas, tendo uma gama de processos para resolver, permeado por demandas constantes advindas verticalmente do Estado e do Ministério da Saúde, além das do município e em meio estas ações está a função de coordenar a ESF.

Alguns Coordenadores da ESF desenvolvem diariamente suas ações mediante um contexto de condições precárias, tanto no que se refere ao seu próprio espaço de trabalho na Secretaria da Saúde, como nas condições de trabalho encontradas nas unidades de saúde, conforme fica expresso fortemente em duas falas:

[...] como você está vendo, estou vendo a hora este teto cair na nossa cabeça. [...] não pode chover que alaga tudo. [...] nossos computadores são muito antigos, vivem dando problemas. [...] é muito difícil fazermos visitas, pois os carros sempre estão ocupados levando pessoas que pedem ao Secretário, sem falar de quando estão quebrados. Temos duas unidades novas, que já estão precisando de melhorias, não temos manutenções

preventivas. As unidades mais antigas estão necessitando de reformas há muito tempo, estão a cada dia que passa ficando bem feinhas. [...] sempre enfrentamos problemas com falta de alguns materiais. (C5, M5).

Como você pode ver, aqui as condições de trabalho são muito ruins, aqui é uma casa velha que fomos colocados, sem estrutura nenhuma e sem espaço, tenho que deixar muitas coisas na minha sala. [...] no inverno são várias goteira. [...] Este computador, acho que é um dos primeiros que surgira, até mesmo que o Prefeito passado deixou tudo sucateado. Se Deus quiser vamos nos mudar desta casa para uma melhor e maior. [...] a maioria das unidades de saúde são prédios novos, mas que já observamos deteriorização, pois não há um trabalho preventivo. [...] Temos uma equipe que ainda trabalha em uma casa improvisada. [...] outro problema que enfrentamos é a falta de material. Agora tá melhor, mas no começo desta gestão a situação era alarmante. (C3, M3).

Nessas falas, fica notória a fragilidade da gestão nestes municípios, que, ainda nos tempos atuais, enfrentam problemas arcaicos, mostrando uma não priorização da saúde nas políticas internas, em que se gastam os recursos públicos fazendo-se prioritariamente ações clientelistas, com altos custos, barganhando-se votos, em detrimento as ações de desenvolvimento e qualificação da ESF, que é uma obrigação primordial dos municípios.

Alguns gestores citam a falta de dinheiro como motivo das precárias condições observadas, tentando justificar suas improbidades por meio baixo financiamento da saúde. Sabemos que o país enfrenta sérios problemas de financiamento na saúde, mas este não é o único grande problema. Os modelos de gestão adotados nos municípios por alguns políticos que se denominam gestores pode levar a um impacto negativo muito maior que os baixos financiamentos. Podemos visualizar isso claramente comparando os dois discursos supracitados com os que se seguem:

[...] em relação à infraestrutura, este é um problema que não enfrentamos como problemas maiores. Aqui você está vendo, trabalhamos em uma Secretaria de Saúde com todas as condições ideais, tanto de estrutura como de equipamentos, como computadores. [...] todas nossas unidades de saúde são novas e temos profissionais trabalhando na manutenção preventiva para evitar gastos maiores no futuro. [...] temos um carro exclusivo, que usamos para visitar as equipes sempre que precisamos. [...] nós nos mudamos para este prédio há alguns meses. Muito bem estruturado, muito melhor que o anterior. Não tenho o que reclamar de onde eu trabalho. [...] temos algumas unidades de saúde novas, bem estruturadas. As mais velhas procuramos está sempre dando suporte quando precisa. [...] hoje não temos muitos problemas com materiais.

Estamos diante de quatro municípios circunvizinhos, pertencentes à mesma região de saúde, com portes populacionais não tão diferentes e

consequentemente com financiamentos muito parecidos, dos quais em dois temos condições de submundos e nos outros uma descrição de boas condições para o desenvolvimento do trabalho da Coordenação e das equipes de saúde da família. Nessa situação, fica claro que os modelos de gestão adotados nos diferentes municípios levam a impactos maiores do que o baixo financiamento. Será que se o financiamento dos municípios que mostraram precárias condições fosse aumentado teríamos melhorias de fato nos equipamentos e processos de saúde? Deixamos a reflexão e que, mediante essas situações, o Brasil anseia por Políticas de Estado fortes na área da saúde, pois muitos municípios estão sofrendo com Políticas de Governos, que a cada quatro anos pode mudar para melhor ou pior as condições de saúde da população.

Colocamos, ainda, outros questionamentos sobre esse tema: Como prover uma gestão com caráter participativo, baseada em prioridades e demandas advindas da comunidade se a burocracia de várias espécies toma grande parte do tempo do coordenador? Qual o real papel que se quer deste profissional nestes municípios? Será que estão visualizando de fato ESF como estratégia para reversão do modelo vigente? Um profissional despreparado, indicado politicamente, sem papéis definidos, envolvido em um modelo de gestão clássico, sobrecarregado de tarefas além da coordenação, permeado numa cultura médico-cura centrado, sem perspectiva de maior crescimento profissional, em meio a condições de trabalho inadequadas e permeado por burocracias, o que se esperar? Será possível desenvolver uma coordenação com qualidade? O que na verdade se quer da ESF nestes municípios? São interrogações que não temos a audácia de respondê-las em toda sua completude neste estudo, mas deixamos a reflexão para pensarmos como estes profissionais estão desenvolvendo seus processos de trabalho e como a ESF está sendo trabalhada nestes municípios, mediante um contexto de direitos adquiridos por meio da Reforma Sanitária no País.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi elaborado tendo como referência as interrogações sobre a organização do processo de trabalho e produção em saúde dos Coordenadores da ESF dos municípios da 12ª Regional de Saúde do Ceará, através do qual foram evidenciados importantes pontos de discussão e interesse para qualificação da ESF como política de reestruturação da atenção básica no Brasil.

No desenho do perfil social, demográfico e de formação dos Coordenadores da ESF, constatamos que todos os Coordenadores eram graduados em enfermagem, com uma média de idade de 28,14 anos, sendo a maioria do sexo feminino (71,42%). A renda média líquida destes profissionais foi de R\$ 2.855,10 e 42,86% não recebiam gratificação pelo cargo e mais da metade tinham outras fontes para complementação da renda. A média de anos de graduação foi de 4,7 anos e nenhum havia concluído mestrado ou doutorado e quase 60% não tinha nenhum outro curso de pós-graduação, seja na área de atuação ou em outras. Nenhum dos sete coordenadores recebeu treinamento para assumir o cargo.

Mais da metade dos Coordenadores não tinha o cargo devidamente oficializado dentro do quadro de cargos no município e nenhum destes tinha mais de um ano no cargo, com uma média de 6,57 meses. O cargo de coordenação conotou-se como a primeira experiência de gestão destes profissionais e antes de ascenderem ao cargo, trabalharam na assistência na ESF em uma média de 3,57 anos.

Caracteriza-se como um grupo de gestores com baixa idade, sem experiência anterior para o exercício da coordenação e que não foram devidamente preparados para atuação no cargo, que ascenderam da assistência para gestão por meio de arranjos políticos (politiqueiros), sem parâmetros bem definidos.

Diante do cenário do estudo, tendo como referência os objetivos, estudamos o processo de trabalho dos Coordenadores da ESF em quatro vertentes, o exercício da gestão e as relações que se estabelecem no cotidiano desta prática, o desenvolvimento da educação permanente, a aproximação destes com as instâncias de participação e controle social e as principais dificuldades encontradas no exercício do cargo.

No desenvolvimento da Coordenação, foram visualizados elementos que permeiam o trabalho de fato dos coordenadores, como o objeto de trabalho, os instrumentos e as finalidades. No tangente à organização e funcionamento da ESF, predominaram as ações de administração de recursos materiais e humanos, para garantia do exercício do trabalho das equipes de saúde que se constituíram como objetos diretos de atuação destes coordenadores. Repetiu-se o discurso da necessidade de assegurar os requisitos mínimos para o funcionamento da ESF em alguns municípios. Visualizamos, também, a realização de ações relacionadas à própria gestão como objeto de trabalho, mesmo que em menores proporções, voltadas a organização em benefício do seu trabalho.

Foi constatada uma indefinição sobre os reais papéis destes gestores de acordo com o cargo exercido e com as prerrogativas que regem a Estratégia Saúde da Família, levando a um exercício de forma empírica, com achismos conotados de acordo com que estes profissionais e os Secretários da Saúde pensam do cargo, deixando os coordenadores susceptíveis a estarem assumindo várias funções, que, muitas das vezes, fogem dos objetivos que se busca com a ESF. Concebe-se um coordenador permeável aos interesses do Secretário da Saúde, que os direcionam funções de acordo com seu bel-prazer, permeados por anseios políticos/partidários que interferem consideravelmente nos rumos que se toma.

Esta condição leva a uma sobreposição de tarefas, como foi observado neste estudo, conforme discurso dos Coordenadores, sobrecarregando este profissional, tirando-o do seu principal foco de atuação, burocratizando seu exercício, que passa a ser comandado pela lógica da priorização das tecnologias duras e leve-duras, deixando em segundo plano as iniciativas voltadas a qualificação dos serviços tendo como referência as tecnologias leves, aprisionando o trabalho vivo, gastando-se mais tempo e energia com o trabalho morto.

A atuação do coordenador da ESF deve ir além da execução de tarefas aleatórias, sem a definição de papéis, permeada por influências externas, ele precisa desenvolver um equilíbrio que convirja com os preceitos da ESF, entre as ações planejadas, as programadas e as imprevistas, pois, de outra forma, ele será absorvido pelas demandas espontâneas, não conseguindo executar um trabalho planejado e qualificado.

Uma situação encontrada, que converge com a sobrecarga de funções do Coordenador da ESF, refere-se às múltiplas funções que são passadas para os enfermeiros assistenciais, que acabam tendo que assumir a gerências dos Centros de Saúde da Família, além de desenvolver ações assistenciais e gerenciar a equipe de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Estes acabam se tornando o principal elo entre a coordenação e os demais membros das equipes de saúde da família.

Ao assumir a referida função, o enfermeiro, muitas vezes, acaba se distanciando das atividades de assistência aos usuários, que são próprias de sua atuação na ESF, por estar envolvido em atividades administrativas e burocráticas, como a organização de documentos, o controle de ponto, o controle de materiais e insumos, o abastecimento da farmácia, principal ponte de referência na comunicação entre a secretaria de saúde e as demandas da equipe, o porta-voz das reclamações dos usuários, enfim, ações que acabam tomando muito de seu tempo, impedindo-o de desenvolver atividades gerenciais e educativas que devem ser suas prioridades.

Destacamos, também que, no CSF, o enfermeiro acaba exercendo a condição de líder, quando assume o papel de gerente, sendo referência para os demais integrantes da equipe multiprofissional, tendo a responsabilidade de desenvolver o papel de mediador, coordenador, facilitador e articulador das ações e atividades a serem implementadas pela unidade de saúde, desfigurando a ideia do trabalho em equipe multiprofissional, através da qual a interdisciplinaridade, a orquestração de saberes, a articulação das ações para a construção de um projeto de trabalho comum voltado para o coletivo e a interação entre os agentes envolvidos favoreçam a garantia da integralidade da assistência.

No que se refere às ações de monitoramento e avaliação, foi observado que estas ainda são pouco realizadas no contexto dos municípios estudados e, quando efetuadas, relacionam-se a análise de indicadores, tendo como referência as exigências do Ministério da Saúde, um enfoque que resume as ações de saúde a formas estruturadas de fácil intervenção, no âmbito das tecnologias duras, não sendo considerados, como se deve, os ruídos gerados pela busca do trabalho vivo em ato, que constantemente se vê capturado pelo trabalho morto.

No tangente ao trabalho das equipes, o monitoramento e avaliação assumem um sentido de fiscalização, acompanhamento e suporte e/ou alteração da estratégia de ação, com um enfoque de controle do trabalho para o cumprimento de obrigações inerentes ao sistema de saúde. Verificamos uma prática que é associada à preocupação com a satisfação dos envolvidos no processo saúde-doença, ao mesmo tempo em que relaciona à produtividade das equipes e cumprimento das metas instituídas, que estão diretamente ligadas à manutenção do repasse de recursos financeiros ao município.

Os Coordenadores da ESF utilizam de espaços coletivos para propor momentos de avaliação, formados por profissionais de nível superior, caracterizados pelas reuniões sistemáticas realizadas com esta parte dos profissionais da equipe. Apesar da restrição de participação, sem dúvida este espaço apresenta um considerável cenário para o desenvolvimento de ações de reflexão e construção coletiva. Conforme discursos dos Coordenadores, estes espaços muitas vezes são subutilizados, mesmo que alguns ensaios de democratização deste ambiente tenham sido relatados, fomentando-se uma lógica tradicional de se prover decisões, com delineações construídas verticalmente e que as discussões são mais para análise de como estas decisões serão arquitetadas nos territórios.

Nesse mesmo cenário empírico, percebemos a realização de alguns ensaios de planejamento, que, em nenhum momento, foi observado como uma prática sistematizada e fundamentada, tanto no que se refere às ações a serem implementadas pelas equipes de saúde da família, como nas atividades a serem realizadas no cotidiano do Coordenador da ESF.

Nesse contexto, podemos desenhar uma gestão clássica, baseada no taylorismo, quando se verticaliza o poder ou, ao contrário, uma gestão pautada na responsabilização dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, que também governam e passam a ter papel importante as decisões. Na análise deste estudo, verificamos a presença concomitante de ambas as concepções de gestão no trabalho desenvolvido pelos Coordenadores, não havendo em nenhum dos municípios a exclusividade de uma das formas de gestão em todo o seu processo de trabalho. Elas aparecem de acordo com o que é trabalhado e com o desejo dos gestores.

Mesmo com a existência de algumas iniciativas voltadas para a democratização da gestão, o que continua predominando de fato é a centralização na lógica tradicional, construindo o núcleo duro da coordenação, de forma que se emprega muito tempo e se desperdiça muita energia nas tecnologias duras, nas quais estão evidenciadas as ações burocráticas, com predominância do trabalho morto e a lógica normatizada e burocrática, característica da concepção taylorista. As relações de poder, na sua maior parte, resumem-se no controle do trabalho e na regulação do processo de produção, que supera a flexibilização e a autonomia responsável dos profissionais da ponta, “desresponsabilizando-os” como sujeitos ativos envolvidos no sistema de saúde, retratando o quanto ainda é hegemônico o pensamento da gerência clássica.

Identificamos a necessidade de se constituir tecnologias da ação do trabalho vivo em ato e de sua gestão que provoquem ruídos, abrindo-se fissuras e possíveis linhas de fuga nos processos de trabalho instituídos, tanto da assistência como da gestão, que busquem a concretização de processos que focalizem o sentido da captura pelo trabalho vivo e permitam às possibilidades de quebras em relação aos processos institucionais que o operam no dia a dia.

O exercício da coordenação da ESF sofre influência direta da presença ou não da autonomia para o seu desenvolvimento. Neste estudo, na prática gerencial dos Coordenadores da ESF, evidenciamos a ausência ou a limitação de autonomia responsável para tomada de decisões concebida a estes gestores. Permeou-se um contexto de subordinação do coordenador ao Secretário da Saúde, e, dessa forma, este acaba não tendo a liberdade necessária para o exercício do poder que lhe é conferido, mesmo que seja um poder compartilhado. Essa situação compromete em muito a prática gerencial desses coordenadores, uma vez que a autonomia é necessária para a definição de ações prioritárias para a assistência à saúde no âmbito da área de abrangência dos CSF.

No que se refere à educação permanente, verificamos a reprodução de um modelo alicerçado nos moldes da educação continuada, com a predominância de ações pontuais e direcionadas às equipes de saúde, de modo que a escolha da maioria das temáticas a serem trabalhadas ocorrem por iniciativa da coordenação, de acordo com as ações programáticas instituídas pelas políticas do Ministério da

Saúde e não pelo interesse ou necessidade dos profissionais, de acordo com os contextos inseridos nos processos de trabalho.

A aproximação dos Coordenadores deste estudo com as instâncias de participação e controle social foi visualizada como de forma tímida, com a participação destes gestores em algumas reuniões dos Conselhos Municipais de Saúde, tendo como principais objetivos coletar reclamações para levar para as reuniões das equipes e levar projetos para apreciação no intuito de barganhar financiamentos. Alguns coordenadores referiram não acreditar no poder de controle social exercido pelos conselhos, haja vista as influências políticas e macroestruturais nas decisões tomadas.

Não é realidade dos municípios a existência de Conselhos Locais de Saúde e a não há mecanismos de inclusão dos usuários nas discussões para tomadas de decisões a nível local, nem nas reuniões que ocorrem nos CSF, nem nas reuniões organizadas pela coordenação com os membros de nível superior.

A não participação direta e sistemática dos profissionais como governos em todos os processos de decisão é uma realidade já visualizada, mas a não participação da comunidade aponta-se de forma mais incisiva, pois esta é quase que inexistente.

A análise deste estudo foi finalizada apontando-se as quatro principais dificuldades relatadas pelos Coordenadores no exercício de seus fazeres, a saber: a primeira, referente à influência politiqueira/clientelista, que acaba ditando rumos às ações em detrimento as iniciativas mais fundamentadas e racionalizadas, imperando como mola mestra das produções de saúde; a segunda, conforme já retratado anteriormente, refere-se à falta de autonomia para tomada de decisões, limitando o campo de atuação dos coordenadores, tornando-os capatazes dos Secretários da Saúde; o acúmulo de funções foi a terceira dificuldade, levando a uma sobrecarga, burocratizando as atividades a serem desenvolvidas; e por último, as baixas condições de infraestrutura visualizadas em alguns dos municípios, sejam referentes aos CSF, sejam relacionadas ao próprio espaço de trabalho do coordenador, retratando-se também a gestão inadequada dos insumos.

Mesmo com essa realidade supracitada nos contextos empíricos de exercício das coordenações, que trabalham mais para legitimar situações dadas ao invés de ser uma ferramenta para promover mudanças, não podemos deixar de

destacar alguns avanços, uma vez que na prática dos coordenadores já existem algumas situações que sinalizam o estabelecimento de iniciativas que se aproximam das prerrogativas que se busca com a ESF. Dessa forma, devem ser visualizadas como brechas que se abrem para a qualificação da Política de Saúde da Família, tendo em vista os seus princípios e diretrizes, assim como os espaços intercessores que se estabelecem no campo das relações dos coordenadores com os demais profissionais, sobretudo, o uso de tecnologias leves baseadas no trabalho vivo em ato.

O modo como as cabeças estão sendo fabricadas tem influência direta na micropolítica do processo de trabalho vivo, que acaba apregoando forças instituintes de resistência às mudanças, como é presenciado rotineiramente nos serviços de saúde, principalmente quando se referem a movimentos anti-hegemônicos. Dessa forma, quando buscamos mexer em processos de trabalho, concebemos como desafio trabalhar as cabeças, interesses e suas representações como forças que atuam milimetricamente no interior dos processos micropolíticos.

Em virtude do atual momento em que se encontra a saúde no Brasil, no que se refere a todo seu arcabouço jurídico e teórico, pretendemos que o processo de trabalho dos Coordenadores da ESF traga um arsenal de práticas apoiadas nos princípios e diretrizes da ESF, permeando-se na concepção de gestão participativa, proporcionando um ambiente de comunicação cíclica entre a coordenação, as equipes de saúde da família e a comunidade, voltado para o fortalecimento do protagonismo das pessoas, estimulando a autonomia nos processos decisórios, de cunho participativo de corresponsabilização pela saúde no aspecto individual e coletivo, trazendo-se muito mais sucessos do que dificuldades.

Nesse pensamento, esperamos ter trazido elementos fundados para prover uma reflexão sobre os atuais desenhos de governabilidade instituídos nos processos de trabalho dos Coordenadores da ESF e que, mediante os atuais cenários de reprodução da ESF no país, possa ter contribuído para que sejam repensados os modelos de gestão adotados nas diferentes realidades municipais, mediante as novas conotações advindas com o SUS, fruto das conquistas da Reforma Sanitária no Brasil. O processo de trabalho, dessa forma, expõe-se nevrálgicamente como micropolítica e lugar estratégico de mudança.

6.1 Sugestões

Para os Coordenadores da ESF, no exercício de seus processos de trabalho, deixamos como sugestões para qualificação de seus fazeres:

- A coordenação participativa apresenta-se, nos contextos atuais de saúde no Brasil, como a maneira mais adequada de administração dos serviços e políticas do SUS, de forma que estes sejam organizados pela descentralização e pela participação. Para que isso seja possível, é importante que gestores e trabalhadores de saúde da família envolvam-se no processo de construção da administração participativa, como indivíduos ativos, dotados de expertises e conhecimento das realidades dos territórios, provendo-se a capacidade coletiva de se trabalhar ações que mais se aproximam das necessidades reais dos serviços de saúde e usuários;
- O papel dos coordenadores na gestão compartilhada/democrática/participativa é um importante dispositivo, quando o agir esteja centrado na busca de prover o rompimento com a racionalidade gerencial hegemônica e utilizando o aspecto positivo do poder descentralizado, com o envolvimento de toda a equipe de saúde da família para um projeto assistencial coletivo e, conseqüentemente, mudando a prática atual de produzir saúde, utilizando-se das tecnologias leves das relações, possibilitando uma recomposição do trabalho e a impressão de mudanças no modo de fazer saúde;
- Na busca de mudar efetivamente o processo de trabalho em saúde, concebemos a necessidade de incorporar novas situações ao nível dos processos micropolíticos do trabalho em saúde, destacando-se as relações macro e micropolíticas nos espaços de gestão do processo de trabalho e das intuições de saúde, de forma que as configurações que se pretende construir passem necessariamente pela presença do trabalho vivo em ato;
- Verificamos a necessidade de mudanças no processo de trabalho da Coordenação da ESF, na medida em que se busca caminhar para uma gestão compartilhada e democrática e, desse modo, faz-se necessário a

instituição de encontros entre gestores, trabalhadores de saúde e usuários, de forma que esses encontros se constituam em espaços de análise, tomada de decisão e implementação de tarefas;

- Reservar tempo para o planejamento das ações a serem desenvolvidas, seja referente ao próprio fazer dos coordenadores ou referente ao desenvolvimento do trabalho das equipes de saúde da família, utilizando-se ferramentas de qualidade já testadas e de fácil acesso, com acompanhamento, avaliação e monitoramento das ações programadas, reduzindo, dessa forma, o tempo com demandas emergentes e burocracia, deixando tempo para a organização na Estratégia Saúde da Família como política de reestruturação da APS no país;
- Utilizar métodos de gestão que cientificamente trazem resultados satisfatórios;
- Procurar qualificar-se na área, por meio de cursos ou treinamentos que tragam ferramentas que direcionem o exercício para efetividade;
- Potencializar os espaços coletivos existentes no município, como as reuniões semanais ou quinzenais, como as reuniões nos CSF, desenvolvendo um espaço de produção de conhecimentos e democrático para tomada de decisões, mediante as reais necessidades existentes;
- Ser membro ativo ou participar ativamente dos encontros dos Conselhos de Saúde, levando para discussão as decisões a serem tomadas e desenvolvendo treinamentos dos membros na perspectiva do provimento de um controle social de fato;
- Incentivar a criação dos Conselhos Locais de Saúde;
- Aproveitar as potencialidades existentes e começar a desenvolver ações dentro das equipes de saúde da família de educação permanente.

Deixo também como sugestão para o Secretário da Saúde:

- Delimitar o modelo de gestão a ser vivenciado no município, que, mediante as prerrogativas da ESF, deverá ser pautado na coletivização das decisões por meio de um modelo participativo;

- Oficializar o Cargo dos Coordenadores da ESF como um cargo de gestão nas descrições da Prefeitura local, reconhecendo a importância deste profissional;
- Qualificar a política de gestão do trabalho para estes profissionais, assim como para os demais trabalhadores de saúde, com a elaboração e implantação do PCCS, e a garantia de melhores salários e gratificações para o cargo, mediante a importância dos mesmos;
- Definir critérios para seleção dos Coordenadores da ESF, pautados no perfil profissional, pessoal, técnico, administrativo e político que se espera deste líder, mudando, dessa forma, a metodologia de ascensão até então vigente;
- Proporcionar meios para qualificação destes gestores, na perspectiva de prover líderes capazes de desenvolver a política da ESF efetivamente no município;
- Elencar os papéis a serem desenvolvidos por estes profissionais, evitando o acúmulo de funções e o desenvolvimento destas de forma aleatória;
- A autonomia responsável na prática dos coordenadores, para uma tomada de decisões no ato de coordenar é de fundamental importância na busca de mudanças no modelo de atenção. Sabendo que a autonomia é necessária para a priorização das ações a serem desenvolvidas. Uma autonomia que gere autonomia, no sentido do exercício de um poder compartilhado com os profissionais e usuários, na perspectiva de construção de tomada de decisões que mais se aproximem das necessidades reais;
- Proporcionar as condições de trabalho necessárias para o exercício de um trabalho de qualidade;
- Determinar a ESF como política prioritária norteadoras das ações em saúde no município;
- Não permitir que as preferências político/partidárias tenham influência direta nas produções de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, L. A. A. R. Perfil gerencial do enfermeiro para atuar na atenção primária à saúde. *In*: SANTOS, A. S.; MIRANDA, S. M. R. C. (Org.) **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole, 2007. cap. 5, p.111-122.
- ALVES, M. J. M. Avaliação da atenção básica pela ótica políticoinstitucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S58-S68, 2008.
- ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Rev Interface-Comun Saúde Educ**. v.9, n.16, p. 39-52, set. 2004/fev. 2005.
- ANDRADE, L. O. M. de *et al*. A Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. *In*: CAMPOS, G. W. S. e Col. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007, cap. 25, p. 783-836.
- ANDRADE, L. O. M. de *et al*. A Estratégia Saúde da Família. *In*: DUNCAN, B. B. *et al*. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- ARAÚJO, L. M. *et al*. Para subsidiar a discussão sobre a Desprecarização do Trabalho no SUS. *In*: **Cadernos RH Saúde**. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. v. 3, n. 1, p. 163-174, 2006.
- BABIA, L. Sistema Único de Saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.) **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
- BAHIA, L. O SUS e a universalização do direito à saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. *In*: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; ELDER, F. C.; SUARÉZ, J. M. (Org.). **Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- BARATIERI, T.; MARCON, S. S. Identificando Facilitadores no Trabalho do Enfermeiro para o Desenvolvimento da Longitudinalidade do Cuidado. *In*: **Rev. enferm**. UERJ, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 212-217, abr./jun. 2011.
- BARRÊTO, A. J. R. *et al*. Experiências dos enfermeiros com o trabalho de gestão em saúde no estado da Paraíba. **Texto contexto - enferm**. Florianópolis, v. 19, n. 2, June 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 jan. 2014.
- BENEVIDES, M. V. Democracia e cidadania. *In*: VILLASBÔAS, R. (Org.). **Participação popular nos governos locais**. São Paulo: Polis, 1994.

BERTUSSI, D. C.; MISHIMA, S. M. O desenvolvimento gerencial como intervenção estruturante da atenção básica de saúde. *In: V Congresso Nacional da Rede Unida; I Congresso Nacional de Redes em Saúde; I Mostra Parnaense de Saúde da Família*. Londrina, Paraná: 2003, p. 1-18. [Relatório final da Oficina de Trabalho].

BICHUETTI, J. *et al.* O agente de saúde e a mudança: do espanto ao encanto. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 17, p. 433-438, mar./ago., 2005.

BOOG, G.G.; BOOG M. **Manual de gestão de pessoas e equipes: estratégias e tendências**. Vol. 1. São Paulo: Gente, 2002.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação social?** São Paulo: Brasiliense, 1994.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 5 out. 1988. Seção II, p. 33-34.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde- CONASS. **Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária**. Brasília: CONASS, 2004a.

_____. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Coleção para Entender Gestão do SUS. v. 3. Brasília: CONASS, 2011a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Documentos preparatórios para 3ª Conferência Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação estruturante do SUS**. Coleção para Entender Gestão do SUS. v. 3. Brasília: CONASS, 2011b.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde suplementar**. Coleção para Entender Gestão do SUS. v. 3. Brasília: CONASS, 2011c.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Coleção para Entender o SUS. v. 1. Brasília: CONASS, 2011d.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Coleção Progestores - Para entender a Gestão do SUS, v. 1. Brasília, DF, 2007a.

_____. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jun. 2011e.

_____. Departamento de atenção básica. Documento final da comissão de avaliação da atenção básica. Produto do trabalho da comissão instituída pela portaria nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003. **Diário Oficial da União**, 4 de jun. 2003a.

_____. **GM. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** BRASILSUS, 24 de outubro de 2011f. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>> Acesso em: 08 ago. 2012.

_____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, Brasília, 1990. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>>. Acesso em: 22 jan. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa.** Série CNS Cadernos Temáticos. Série A. Normas e manuais técnicos, n. 133. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. **O SUS e o controle social:** guia de referência para conselheiros municipais. Brasília: Ministério da Saúde, 1998^a

_____. Ministério da Saúde. **Curso de Formação de Formadores e de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde.** Projeto de Cooperação Técnica. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa.** Brasília: Ministério da Saúde, 1994a.

_____. Ministério da Saúde. **Monitoramento da implantação e desenvolvimento das equipes de Saúde da Família no Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. **Pacto pela Saúde. Portaria nº 399/ GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde:** Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Trad. Luis Eduardo Fonseca. Brasília: Ministério da Saúde, 1996a.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, DF, 1986.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial.** Brasília: MS, 1994b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: Caminhos da Institucionalização.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Assistência à Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. 2003d. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica.** [Produto do trabalho da Comissão instituída pela Portaria Nº 676 GM/MS de 03 de junho de 2003, publicada no DOU em 04 de junho de 2003].

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica.** Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Sistema de Informação em Atenção Básica. Indicadores 2002.** 5. ed. Brasília; 2003c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Série B. Textos Básicos de Saúde. 2. ed. 5. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: gestão participativa: cogestão**. 2. ed. rev., Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Perfil de competências profissionais do Agente Comunitário de Saúde-ACS: versão preliminar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **A implantação da Unidade de Saúde da Família: caderno 1**. Brasília, DF: Departamento de Atenção Básica; 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Vigilância à Saúde no SUS**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006f.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

_____. Norma Operacional Básica do SUS 01/96: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília, DF. **Diário Oficial da União**, 06 nov. 1996b. Disponível em: URL <<http://www.sjc.sp.gov.br/sms/downloads/nob.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2012.

_____. Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 fev. 2006g. Seção 1, p. 43-51.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998b.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

BRAVO, M. I. S. *et al.* Conselhos Gestores de Unidades de Saúde. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Luta pela saúde na região metropolitana do Rio de Janeiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. cap. 4, p. 61-66.

BRAVO, M. I. S. *et al.* Saúde, trabalho e democracia: participação dos trabalhadores de saúde nos Conselhos de Saúde do Rio de Janeiro. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Saúde, trabalho e democracia: participação dos trabalhadores de saúde nos Conselhos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. cap. 1, p. 9-30.

BRAVO, M. I. S. Participação social e controle social . *In*: _____; MATOS, M. C. de; ARAÚJO, P. S. X. de. (Org.). **Capacitação para conselheiros de saúde – textos de apoio**. Rio de Janeiro: UERJ/NAPE, v. 1, 2001, p. 77-84.

BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

BRUNELLO, M. E. F. *et al.* Vínculo na Atenção à Saúde: Revisão Sistemática na Literatura, Brasil (1998-2007). *In*: **Rev. Acta Paul Enferm**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 1, p.131-135, 2010.

BUEMO, F. M. G.; QUEIROZ, M. S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 2, p. 222-227, mar./abr. 2006.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a Arte e a Ciência da Mudança: Revolução das Coisas e Reforma das Pessoas. O Caso da Saúde. *In*: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. cap. 2, p. 29-87.

CAMPOS, G. W. S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar insti-tuições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, out./dez. 1998.

CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2013.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar a trabalho em equipes de Saúde. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde, um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC; 1997.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 1. ed. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CAMPOS, R. T. O.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. *In*: CAMPOS, G. W. S; CAPISTRANO FILHO, D.; MERHY E.E.; BONFIM, J. R. A. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo (SP): Hucitec; Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, 2006. p. 669-88.

CARVALHO, S. R.; CUNHA, G. T. A gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 837-68.

CARVALHO, A. I. de. **Conselhos de saúde no Brasil**. Participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: FASE, 1995.

CATANELI, R. C. B. **O Conselho de Saúde**. Brasília: CONASEMS; UNICEF; Instituto Sallus, 2000. n. 1.

CEARÁ. Governo do Estado. **Saúde para um Ceará melhor: Agente de Saúde**. Fortaleza: Governo do Estado, 1991.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: Desafio Ambicioso e Necessário. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, n. 16, p.161-177, set. 2004/fev. 2005. Disponível em: < <http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaoopermanente.pdf>>. Acesso em: 01 mai. 2014.

CECÍLIO, L. C. O. Uma sistematização e discussão de tecnologia leve de planejamento estratégico aplicada ao setor governamental. *In*: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**. Um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 151-67.

CECILIO, L. C. O. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **CEBES condena o loteamento político de cargos na saúde**. 12 jun. 2007. No prelo 2007.

CIAMPONE, M. H. T.; MELLEIRO, M. M. O planejamento e o processo decisório como instrumento do processo de trabalho gerencial. *In*: KURCGANT, P. (Coord.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 4, p. 37-53.

CONASS. **Relatório Final do 1º Seminário para construção de consensos – preocupações e prioridades dos secretários estaduais de saúde quanto à organização, gestão e financiamento do SUS**. CONASS, (2004).

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S7-S27, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/02.pdf>>. Acesso em: 22 jan. 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Comissão de Business Intelligence. Produto e: Análise de Dados dos Profissionais de Enfermagem Existentes nos Conselhos Regionais**. COFEN: mar. 2011. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/sites/default/files/pesquisaprofissionais.pdf>> Acesso em: 22 mar. 2014.

CORDEIRO, H. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. **Physis**, v. 2, n. 14, p. 343-362, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n2/v14n2a09.pdf>>. Acesso em: 23 jan. de 2013.

COSTA, A. M.; NORONHA, J. C. Controle social na saúde: construindo a gestão participativa. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 358-363, set./dez. 2003.

COSTA, G. D. da *et al.* Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. **Rev. Bras. de Enferm**, v. 62, n. 1, fev. 2009, Associação Brasileira de Enfermagem Brasília, Brasil. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2670/267019601017.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2012.

COSTA, C. R.; FRACOLLI, L. A.; CHIESA, A. M. Desafios para o trabalho do enfermeiro no PSF/PACS nas grandes metrópoles: análise da gerência. *In*: SANTOS, A.S.; MIRANDA, S. M. R. C. (Orgs.). **A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde**. São Paulo: Manole, 2007. Cap. 6, p. 123-146.

COSTA, M. B. S.; SALAZAR, P. E. L. Análisis de la gestión municipal de los servicios de salud. **Rev Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n.4, p. 465-471, out./dez. 2008.

COSTA, V. M. R. Teoria democrática e conselhos de política social. *In*: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. **Política social e democracia**. 2. ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p. 87-111.

CUNHA, E. M. da. **Vínculo Longitudinal na Atenção Primária**: avaliando os modelos assistenciais do SUS. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca 9 (ENSP). FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2009.

ENFIELD, C. L. Autonomia outorgada e relação com o trabalho: liberdade e resistência no trabalho na indústria de processo. **Sociologias**, n. 10, p.350-378, 2003.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. Processo de Trabalho de Gerência: Uma Revisão da Literatura. **Rev. Esc. Enferm.**, USP, v. 37, n. 2, p. 89-96, 2003. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/41344/44915>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

FAUSTO, M. C. R. **Dos programas de medicina comunitária ao Sistema Único de Saúde: uma análise histórica da atenção primária na política de saúde brasileira**. 2005. 261f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

FERNANDES, A. S.; SECLÉN-PALACIN, J. **Experiências e desafios da atenção básica e saúde da família**: caso Brasil. Brasília: OPAS; 2004.

FERNANDES, J. D. A trajetória do ensino de graduação em enfermagem no Brasil. *In*: TEIXEIRA, E.; VALE, E. G.; FERNANDES, J. D., SORDI, M. R. L. (Orgs.). **O ensino de graduação em enfermagem no Brasil**: o ontem, o hoje e o amanhã. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira-INEP, 2006. p. 09-21.

FERNANDES, L. C. L. *et al.* Gerência de serviços de saúde: competências desenvolvidas e dificuldades encontradas na atenção básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, Oct. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 dez. 2013.

FEUERWERKER, L. M. Modelos Tecnoassistenciais, Gestão e Organização do Trabalho em Saúde. Nada é indiferente no Processo de Luta para a Consolidação do SUS. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a03v9n18.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2012.

FIGUEIREDO, P. P. de *et al* . Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2011.

FORMIGA, J. M. M.; CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A. Políticas públicas e gestão estratégica: relato de um processo de capacitação. *In*: FORMIGA, J. M. M.; CASTRO, J. L.; VILAR, R. L. A. (Orgs.). **Política e gestão em saúde: reflexões e estudos**. Natal: Observatório RH NESC/UFRN, 2006. p. 17-31.

FRACOLLI, L. A. **O trabalho da enfermeira e a reorganização das práticas de saúde frente à estratégia do Programa Saúde da Família**. Fase I: a identificação das tecnologias produtoras de “atos cuidadores” na prática da enfermagem no PSF. [Relatório de pesquisa]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2002. Mimeo.

_____. EGRY, E.Y. Processo de trabalho de gerência: instrumento potente para operar nas praticas de saúde? **Latino-Americana de Enfermagem**, v. 9, n. 5, p. 13-8, set./out. 2001.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, *In*: PINHEIRO; MATTOS (Orgs.). **Gestão em Redes**. Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006. Disponível em: <http://www.uesc.br/atencaoasaude/publicacoes/redes_na_micropolitica_do_processo_trabalho_-_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2014.

FRANCO, T. B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. *In*: PINHEIRO, R.; MATOS, R. A. **Gestão em redes**. Rio de Janeiro: LAPPIS-IMS/UERJABRASCO, 2006.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. **O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil**. Cad Saúde Pública 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. A percepção da equipe saúde da família sobre a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB. **Rev Lat Am Enfermagem**. 2005; 13(4):547-54.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X20060006000006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2012.

GIOVANELLA L. *et al.* Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para avaliação. 2009. **Saúde em Debate** 2002; v. 26, n. 60, p. 37-61. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=LILACS&exprSearch=336628&indexSearch=ID&lang=p>> Acesso em: 26 abr. 2013.

GOMES, F. M.; SILVA, M. G. C. da. Programa Saúde da Família como estratégia de atenção primária: uma realidade em Juazeiro do Norte. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2012.

GOYA, N. **O SUS que funciona nos municípios do Ceará**. Fortaleza: UNICEF/Fundo das Nações Unidas para a Infância/AMECE- Associação dos Município do Estado do Ceará, 1996.

HARTZ, Z. M. A. Institucionalizar e qualificar a avaliação: outros desafios para a atenção básica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 419-421. 2002

HARZHEIN E. *et al.* Consistência e interna e confiabilidade da versão em português do instrumento de avaliação primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública** 2006; v. 22, n. 8, p. 1.647-1.659.

HEIMANN, L. S. *et al.* Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2012.

JONAS, L. T. *et al.* A Função Gerencial do Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: Limites e Possibilidades. **Rev. APS**. Jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/977>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

JUNQUEIRA, L; INOJOSA, R. M. Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: em busca de uma lógica da eficiência. **Revista Administração Pública**, v. 26, n. 2, p. 20-31, 1992.

KOSTER, I. **A Gestão do Trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde**. Dissertação. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca Rio de Janeiro (ENSP): s.n., 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=505250&indexSearch=ID>>. Acesso em: 20 out. 2013.

KRUG, S.B.F. **Sofrimento no trabalho: a construção social do adoecimento de Trabalhadoras da Saúde**. 196 f. Tese. (Doutorado em Serviço Social). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, PUCRS, Porto Alegre, 2006.

LACERDA, W. A. de; SANTIAGO, I. M. F. L. A Participação Popular na Gestão Local do Programa Saúde da Família e Campina Grande, Paraíba. **Rev. Katál**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 197-205, jul./dez. 2007.

LAKATOS, E. M; MARCONI, M. A. **Metodologia do Trabalho Científico**. São Paulo: Atlas, 1992.

LAZZAROTTO, E. M. **Competências essenciais requeridas para o gerenciamento de unidades básicas de saúde**. Dissertação. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

LEOPARDI, M. T. Alguns aspectos da investigação qualitativa. *In*: LEOPARDI, M. T. e col. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001. p. 223-247.

LICO, F. M. C. *et al.* Percepção de gerentes sobre o papel gerencial em unidades básicas de saúde após capacitação na região sul da cidade de São Paulo. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 14, n. 1, Apr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902005000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2014.

LIEDKE, E. R. Processo de Trabalho. *In*: CATTANI, A. D. **Trabalho e tecnologia**: dicionário crítico. Porto Alegre: Editora da Universidade (UFRGS), 1997. p. 181-183.

LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva**: estudo sobre racionalidades médicas e atividades corporais. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MACINKO, J. *et al.* Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil: 1990-2002. **J. Epidemiol. Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MADEIRA. **Práticas do Trabalho Interdisciplinar na Saúde da Família**: Um Estudo de Caso. Dissertação de Mestrado. Universidade do Vale Itajaí, Itajaí-SP, 2009.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde – Revendo Alguns Conceitos. **Rev. Min. Enf.**, v. 7, n. 1, p. 61-66, jan./jul. 2003. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/jcdn10/a-micropolitica-do-processo-de-trabalho-na-sade>>. Acesso em: 10 out. 2013.

MARX, K. **O Capital: Crítica da economia política**. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1987.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção Primária à Saúde. *In*: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.) **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MATUMOTO S. *et al.* Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Ver Interface-Comun Saúde Educ**, v. 8, n. 16, p. 9-24, 2005.

MATOS, E. **Novas Formas de Organização do Trabalho e Aplicação na Enfermagem: Possibilidades e Limites**. Dissertação. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2002. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/83504/184717.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

MATTA, G. C. **A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia**. Trabalho Educação e Saúde, v. 3, n. 2, p. 371-396, 2005.

MATTOS, R. A. **Desenvolvendo e Ofertando Ideias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial**. Tese, Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

MATUS, C. **Política, Planificacion y Gobierno**. Caracas, Fundacion Altadir, 1987.

MEDEIROS JÚNIOR, A.; RONCALLI, A. G. Políticas de saúde no Brasil. *In*: FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. **Saúde bucal coletiva: conhecer para atuar**. Natal: EDUFRRN, 2004. p. 249- 259.

MELO, M. L. C, NASCIMENTO, M. A. A. Treinamento Introdutório para Enfermeiras Dirigentes: possibilidades para gestão do SUS. **Revista Bras Enferm**, v. 56, n. 6, p. 674-677, 2003.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Minas Gerais: Escola de Saúde Pública, MG, 2009.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2012.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologias e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDES-GONÇALVES, R. B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. **Cad. CEFOR**, 1992.

MERHY, E. E. **A Cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

_____. Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção in Merhy *et al*, "**O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**"; São Paulo, HUCITEC, 2003.

_____. O desafio que a Educação Permanente Tem em Si: A Pedagogia da Implicação. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77, set. 2004/fev. 2005. Disponível em:

<<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaoopermanente.pdf>>. Acesso em: 01 maio 2014.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & saúde coletiva**, v. 4, n. 2, p. 305-14, 1999.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

_____. **O SUS e um dos Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde** (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho), 2006. Recorte do Livro Democracia e Saúde, organizado por Sônia F. Teixeira e publicado pelo CEBES/LEMOs, São Paulo, 1998. Disponível em:

<<http://www.eeaac.uff.br/professores/merhy/capitulos-01.pdf>> Acesso em: 15 jan. 2014.

_____. **O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a Gestão e a Lógica do Processo de Trabalho em Saúde** (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo), CEBES. Rio de Janeiro. 1995. Disponível em:

<<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-01.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2013.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M. Em Busca de Ferramentas Analisadoras das Tecnologias em Saúde: A Informação e o Dia-a-Dia de um Serviço, Interrogando e Gerindo Trabalhos. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MIRANDA, A. S. Proposição de escopo para a avaliação da gestão no Sistema Único de Saúde. **Relatório final de consultoria prestada ao Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde (MS), 2005.

MISHIMA, S. M. **A Gerência de Serviços da Atenção Primária à Saúde como Instrumento para a Reorganização da Assistência à Saúde**. 153 f. Tese. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2003. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCgQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2FdisponiveiF%2Fflivredocencia%2F22%2F>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

MONTEIRO, M. M.; FIGUEIREDO, V. P.; MACHADO, M. F. A. S. Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. esc. Enferm, USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 jun. 2012.

NORONHA, J. C.; PEREIRA T. R.; VIACAVA F. As condições de saúde dos brasileiros. *In*: LIMA, N. T.; GERSCHMAN, S.; EDLER, F. C.; SUÁREZ J. M. (Orgs.) **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/OMS/OPS, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. **Cuidados primários de saúde: Declaração de Alma-Ata, 1978 – Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata, 1978**. Brasília: OMS, 1979. Não paginado.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Monitoramento da Qualidade do Emprego na Estratégia Saúde da Família**. EPMS / NESCON – OPAS, 2009. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2457.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas: Documento de Posicionamento da Organização Pan-americana da Saúde**. (versão original em inglês) Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde: ago. de 2005.

PAIM, J. S. Planejamento em saúde para não especialistas. *In*: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. Capítulo 24. p. 767-782.

PAIM, J. S. Vigilância a Saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. *In*: Czeresnia D.; Freitas C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.161-71.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, supl. nov. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2013.

PAGANI, R. **A Experiência, a Vivência e os Resultados do Modelo de Co-Gestão de Coletivo no Sistema Municipal de Saúde, em Sobral/CE**. Sobral: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2004. 13p. (mimeo).

PARENTE, J. R. F. Preceptoria e Tutoria na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **S A N A R E, Revista de Políticas Públicas**, v. 7, n. 2, jun./dez. 2008, Sobral, CE: Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, 2008.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T. **Trabalho em equipe e processo grupal**. In: KURCGANT, P. (Coord.). Gerenciamento em enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. Cap. 9, p. 108-124.

PEDUZZI, M.; PALMA J. J. L. A Equipe de Saúde. In: SCHRAIBER, L. B. *et al.* (Orgs.). **Saúde do Adulto: Programa e Ações na Unidade Básica de Saúde**. São Paulo: Hucitec, [s.d.].

PEREIRA, M. J. B. e col. Colectando datos en grupo: el grupo focal. **Revista Panamericana de Enfermería**, v. 2, n. 1, p. 27-34, ene./jun. 2004.

PÉRET, T. C. **O Programa Saúde da Família: questões e perspectivas**. A experiência desenvolvida no Município de Campina Grande-PB. Dissertação. (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUCRJ), Rio de Janeiro, 2011.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 564-576, 2006.

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Rev Baiana Enfermagem**, v. 13, p. 83-92, 2000.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

PIRES, M. R. G. M.; GÖTTEMS, L. B. D. Análise da gestão do cuidado no Programa de Saúde da Família: referencial teórico-metodológico. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 62, n. 2, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2012.

REIS, M. A. S. dos *et al.* A organização do processo de trabalho em uma unidade de saúde da família: desafios para a mudança das práticas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2012.

RIBEIRO, F. P. **Atenção Primária (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: Uma Perspectiva Histórica**. Dissertação (mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de medicina Preventiva: São Paulo, 2007.

ROCHA, B. S. *et al.* Enfermeiros Coordenadores de Equipe do Programa Saúde da Família: Perfil Profissional. *In: Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 229-233, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a16.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2014.

ROCHA, J. B. B.; ZEITOUNE, R. C. G. Perfil dos Enfermeiros do Programa Saúde da Família: Uma Necessidade para Discutir a Prática Profissional. *R Enferm UERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 46-52, jan./mar. 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a07.pdf>>. Acesso em: 22 mar. 2104.

RODRIGUES, M. P.; ARAÚJO, M. S. **O fazer em saúde**: um novo olhar sobre o processo de trabalho na estratégia saúde da família. Natal: UFRN/UFPE, 2009. Disponível em: <http://www.observatorio.nesc.ufrn.br/texto_polo05.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2013.

RODRIGUEZ, N. E. **Saúde**: promessas e limites da Constituição. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000600016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2012.

SALES, I. C. **Os desafios da gestão democrática da sociedade**: em diálogo com Gramsci. 2003. 161 f. Tese (Doutorado Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco/Centro de Ciências Sociais Aplicadas/Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Recife, 2003.

SANTOS, A. S. Gestão em atenção primária à saúde e enfermagem: reflexões e conceitos importante. *In: SANTOS, A. S.; MIRANDA, S. M. R. C. (Orgs.). A enfermagem na gestão em atenção primária à saúde*. São Paulo: Manole, 2007. Cap. 1, p. 1-40.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, dez. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 23 jun. 2012.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231999000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 abr. 2014.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES, G. R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. *In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; MENDES, G. R. B. editores. Saúde do adulto*: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec, 1996.

SHI, L. *et al.* Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, v. 50, p. 161-175, 2001.

SILVA, A. C. B. da; ATHAYDE, M. O Programa de Saúde da Família sob o Ponto de Vista da Atividade: Uma Análise da Relações entre Processo de Trabalho, Saúde e Subjetivação. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 33, n. 117. Disponível em: <<http://www.fundacentro.gov.br/rbso/BancoAnexos/RBSO%20117%20%20Programa%20de%20Sa%C3%BAde%20da%20Fam%C3%ADlia.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2012.

SILVA, A. C. B. da; ATHAYDE, M. O Programa de Saúde da Família sob o ponto de vista da atividade: uma análise das relações entre os processos de trabalho, saúde e subjetivação. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 33, n. 117, jan./jun., 2008, p. 23-35. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/1005/100515167004.pdf>> Acesso em: 15 ago. 2013.

SILVA JÚNIOR, A. G. da; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: Desafios e Perspectivas. *In*: MOROSINI M. V. G. C.; CORBO A. D. A. (Orgs.). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27-41. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Material&MNU=&Tipo=1&Num=26>> Acesso em: 08 jun. 2013.

SILVA, L. A. A Produção Científica Brasileira Sobre a Estratégia Saúde da Família e a Mudança no Modelo de Atenção. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=10284>. Acesso em 13 de ago. de 2012.

SILVA, L. V. C. *et al.* **Perfil Sócio-Econômico, Profissional e Político dos Gestores Municipais de Saúde do Estado do Maranhão**. São Luis, Maranhão, 2003. Monografia - Universidade Federal do Maranhão, 2003.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad Saúde Pública**, v. 10, p. 80-91, 1994.

SILVEIRA FILHO, A. D. O SUS e a Saúde da Família. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Saúde da família: panorama, avaliação e desafios**. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Participativa. Brasília: Ministério da saúde, 2005.

SIMÃO, E. *et al.* Atenção Básica no Brasil (1980-2006): alguns Destaques. **Revrene**, Fortaleza, v. 8, n. 2, maio/ago. 2007. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/653/pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2012.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant [periódico na Internet]**, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielophp?>>. Acesso em: 10 fev. 2013.

SOUSA, R. M. S. Controle social em saúde e cidadania. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: Cortez, n. 74, p. 3-200, 2003.

SOUSA, G. C. A.; COSTA, I. C. C. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 3, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v19n3/04.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2012. Não paginado.

SOUTO, L. Os desafios da gestão participativa. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Participar para conhecer**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 102p. (Série D. Reuniões e Conferências) (Série Cadernos Metropolitanos). p. 74-76.

SOUZA, L. E. P. F. de. O SUS necessário e o SUS possível: gestão. Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2012.

SOUZA, R. R. **Construindo o SUS**: a lógica do financiamento e o processo de divisão de responsabilidades entre as esferas de governo. Dissertação. Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

SPAGNOL, C. A. Da gerência clássica à gerência contemporânea: compreendendo novos conceitos para subsidiar a prática administrativa da enfermagem. **Rev. gaúcha enferm**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 114-31, jan. 2002.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002.

TAKEDA, S.; TALBOT, Y. Avaliar, uma responsabilidade. **Ciência & saúde coletiva**, v. 11, n. 3, p. 564-76, 2006.

TAKEDA, S. M. P. Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde. *In*: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. (Orgs.). **Medicina Ambulatorial**: condutas clínicas em Atenção Primária. 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004. p. 76-87.

TAYLOR, F. W. **Princípios de administração científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 1970.

TEIXEIRA, M. *et al.* Trabalho e gestão em saúde: algumas considerações no contexto do SUS. *In*: COSTA, N. R.; RIBEIRO, J. M. (Org.). **Política de saúde e inovação institucional**: uma agenda para os anos 90. Rio de Janeiro: ENSP, 1996. p. 145-155.

TEIXEIRA, C. **Planejamento municipal em saúde**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva-ISC, 2001.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1995.

TESTA M. **Pensar em Saúde.** Artes Médicas: Porto Alegre, 1992.

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-UERJ. PIERANTONI, C.R. (Org). **Alunos de Graduação de Enfermagem – Perfil, Expectativas e Perspectivas Profissionais – Relatório.** UERJ, 2008. Disponível em: <http://www.obsnetims.org.br/uploaded/30_4_2013__0_Relatorio_Pesquisa_Alunos_Graduacao.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2014.

VANDERLEI, M. E. G. **O Gerenciamento na Estratégia Saúde da Família: O Processo de Trabalho dos Gestores e dos Gerentes Municipais de Saúde em Municípios do Estado do Maranhão.** Tese. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-16052005-090041/VANDERLEI_MIG.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2013.

VANDERLEI, M. I. G.; ALMEIDA, M. C. P. de. A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, abril de 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 ago. 2012.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: Hucitec, 1999.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. *et al.* (Org.). **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VENTURA, D. F. L. Direito institucional sanitário. In: ARANHA, M. I. (Org.). **Direito sanitário e saúde pública: coletânea de textos.** v. 1. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. p. 261-299.

VILAR, R. L. A. **Estudo Sobre o Perfil dos Gestores Municipais de Saúde do Estado do rio Grande do Norte.** UFRN, 2001.

XAVIER, C.; GUIMARÃES, K. Uma Semiótica da Integralidade, o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec/UERJ-IMS: ABRASCO, 2004. p. 133-155.

XIMENES NETO, F. R. G. **Gerenciamento do Território na Estratégia Saúde da Família: o Processo de Trabalho dos Gerentes.** Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Ceará: Fortaleza, 2007.

WESTPHAL, M. F.; MENDES, R.; COMARU F. A. **A promoção da saúde e as cidades**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Publicação no prelo.

WILLING, M. H.; LENARDT, M. H. A prática gerencial do enfermeiro no processo de cuidar. **Cogitare Enf.**, v. 7, n. 1, p. 23-29, jan./jun. 2002. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/32552/20657>>. Acesso em: 10 mar. 2104.

APÊNDICE A – FORMULÁRIO

1. Iniciais:	2. Idade:	3. Estado Civil:	4. Sexo:
5. Formação acadêmica:			
6. Ano da formação acadêmica:			
7. Maior titulação:			
8. Demais titulações:			
9. Salário líquido como Coordenador da ESF: R\$			
10. Recebe alguma gratificação pelo cargo? () Sim Valor R\$ _____ () Não			
11. O cargo de coordenação é oficializado por meio de portaria específica ou outro documento oficial?			
12. Tempo de coordenação da ESF no município:			
13. Você já teve outras experiências de coordenação da Atenção Básica ou Estratégia Saúde da Família? Se sim, em quantos municípios e por quanto tempo?			
14. Como você chegou ao cargo de coordenação?			
15. Você exerce outras atividades no próprio município? Como ocorre este exercício?			
16. Você exerce outras atividades em outros municípios? Como ocorre?			
17. Você já atuou na área assistencial na Estratégia Saúde da Família? Por quanto tempo?			
18. Você tem alguma formação específica para atuação na Coordenação da ESF? () Sim Qual: Você acha que é suficiente? Ou necessita de outras formações? () Não Você vê a necessidade de ter uma formação específica para o exercício da coordenação? Por quê?			

APÊNDICE B – ENTREVISTA

1) Quais os princípios da ESF que norteiam o seu fazer na coordenação?
2) Como ocorre o planejamento das ações a serem realizadas no ato de desenvolver a coordenação?
3) Descreva quais e como são operacionalizadas as práticas / estratégias de avaliação e monitoramento da ESF.
4) Como a coordenação trabalha a organização / sistematização da assistência realizada pelas equipes de saúde da família?
5) Como você trabalha os processos de tomada de decisão e negociação juntamente a equipe?
6) Como se dá a sua aproximação com as instâncias de participação e controle social? Você desenvolve algum trabalho específico neste sentido?
7) Existe algum trabalho voltado para a educação permanente que você fomenta com as equipes?
8) Como se dar o exercício da autonomia lhe concedida para tomar as decisões?
9) Quais as principais dificuldades que você encontra no exercício da coordenação e que processos no município facilitam ou poderiam facilitar o seu trabalho?
10) Fale sobre outros aspectos que você considera importantes no exercício da coordenação.

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ-UECE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) senhor(a),

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada **“Análise do Processo de Trabalho dos Coordenadores da Estratégia Saúde da Família dos Municípios que forma a 12ª- Regional de Saúde do Ceará”**, que tem como objetivo principal analisar o processo de trabalho dos coordenadores da Estratégia Saúde da Família dos municípios da 12ª- Regional de Saúde do Ceará, na perspectiva dos princípios e das diretrizes norteadoras desta estratégia.

Esta pesquisa está sendo realizada pelo mestrando **João Kildery Silveira Teófilo** do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA/ Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família- RENASF e orientado pela Prof.^a Dra. Maristela Inês Osawa Vasconcelos.

Sua participação consistirá em responder a um formulário de 18 perguntas que buscam delinear o perfil sociodemográfico, profissional e de formação, e um roteiro de entrevista com 10 questões abertas direcionadas para o seu processo de trabalho enquanto coordenador da Estratégia Saúde da Família.

Para responder aos instrumentos negociaremos os dias, os locais e os horários por telefone e, ou, e-mail, respeitando-se a disponibilidade e a conveniência de cada sujeito participante, considerando uma previsão de aproximadamente uma hora para respondê-los com tranquilidade. Caso consinta, a entrevista será gravada.

Gostaríamos de deixar claro para o(a) Sr.(a) que estes instrumentos de coleta de dados não serão identificados e que as respostas serão analisadas no conjunto de todas as respostas dos coordenadores da 12ª Região de Saúde do Ceará, de forma a não permitir identificar o respondente ao município. A sua participação é voluntária e o(a) Sr.(a) poderá se recusar a responder a pergunta caso não sinta à vontade. Mesmo tendo aceitado participar da pesquisa, se por algum motivo, durante o andamento da mesma, resolver desistir, tem toda a liberdade para retirar o seu consentimento.

Ressaltamos que sua participação é de fundamental importância uma vez que as informações fornecidas contribuirão para a divulgação e valorização da prática de gestão e ainda para melhoria do processo de trabalho.

Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento no endereço: Rua Dr. José Arimatéia Monte e Silva, 1113 Bloco B Ap 101. Campo dos Velhos, Sobral-CE. CEP- 62030-230. Telefone Celular: 88 99165640, e-mail: jkildery@yahoo.com.br.

Informações adicionais podem também serem obtidas no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú. Centro de Ciências da Saúde: Rua Mauro Célio Rocha Ponte, nº 150 – bairro Derby. Sobral-CE. Fone: (88) 3677-4255

_____, ____ de _____ de 201__.

João Kildery Silveira Teófilo - Pesquisador

APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMADO

Eu, _____, declaro ter conhecimento das prerrogativas técnicas e éticas trazidas pela pesquisa intitulada **“Análise do Processo de Trabalho dos Coordenadores da Estratégia Saúde da Família dos Municípios que forma a 12ª- Regional de Saúde do Ceará”** e concordo em participar do estudo.

_____, _____ de _____ de 201__.

Assinatura do Entrevistado

**ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA (CEP)**



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO DOS COORDENADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NOS MUNICÍPIOS DA 12ª REGIÃO DE SAÚDE

Pesquisador: JOÃO KILDERY SILVEIRA TEÓFILO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20140113.7.0000.5053

Instituição Proponente: Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 470.574

Data da Relatoria: 27/11/2013

Apresentação do Projeto:

Tendo como referência a experiência do pesquisador na coordenação municipal da Estratégia Saúde da Família, este projeto de pesquisa trata de um estudo com uma abordagem qualitativa, de cunho descritivo e exploratório, sobre a ação de coordenadores na 12ª Regional de Saúde do Ceará. Terá como sujeitos os coordenadores da ESF dos sete municípios da regional de saúde citada. A análise será realizada utilizando-se o método da análise de conteúdo levando em conta os contextos de relações imersas em um momento de mudanças de políticas públicas e de saúde no que concerne à reversão do modelo assistencial, que fortalecem os processos de gestão participativa, considerando os diferentes significados das experiências vividas, na perspectiva de auxiliar a compreensão das relações presentes entre os coordenadores da ESF, suas ações e o contexto sociopolítico em que estão inseridos. Serão realizadas entrevistas, pré-análise, exploração do material coletado, tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação, como é trazido por Minayo (2004).

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255

Fax: (88)3677-4242

E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



Continuação do Parecer: 470.574

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o processo de trabalho dos coordenadores da Estratégia Saúde da Família dos municípios da 12ª Regional de Saúde do Ceará, tendo como referência os princípios e as diretrizes norteadoras desta estratégia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta risco mínimo de realização de entrevistas e análise de dados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Importante projeto que apresenta um eixo de reorientação das práticas de saúde na Atenção Básica. A partir da análise do processo do trabalho dos coordenadores, que serão indagados, o estudo proporciona, tanto para o serviço assistencial e gestão no município onde atua o pesquisador, como para outros municípios, subsídios para que as diferentes formas de fazer a coordenação nas variadas realidades municipais possam ser repensadas, com foco na melhoria da qualidade das ações desenvolvidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo com as exigências para realização do estudo.

Recomendações:

Recomendamos o encaminhamento do Relatório de Pesquisa na aba Notificações da Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto adequado e apto para realização.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Após apresentação e apreciação do projeto de pesquisa o Colegiado do CEP considerou-o APROVADO, devendo o pesquisador atentar para as recomendações.

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255

Fax: (88)3677-4242

E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com



UNIVERSIDADE ESTADUAL
VALE DO ACARAÚ - UVA



Continuação do Parecer: 470.574

SOBRAL, 27 de Novembro de 2013

Assinador por:
CIBELLY ALINY SIQUEIRA LIMA FREITAS
(Coordenador)

Endereço: Av Comandante Maurocélvio Rocha Ponte, 150

Bairro: Derby

CEP: 62.041-040

UF: CE

Município: SOBRAL

Telefone: (88)3677-4255

Fax: (88)3677-4242

E-mail: uva_comitedeetica@hotmail.com