



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ALINE GOUVEIA MARTINS

**MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA- CEARÁ**

FORTALEZA- CEARÁ

2017

ALINE GOUVEIA MARTINS

MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DAS UNIDADES DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA- CEARÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde

Orientador: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

FORTALEZA - CEARÁ

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Martins, Aline Gouveia.

Modelo de gestão em saúde no contexto da atenção primária à saúde no município de Fortaleza-Ceará [recurso eletrônico] / Aline Gouveia Martins. - 2017.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 92 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza, 2017.

Área de concentração: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

Orientação: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio.

1. Gestão em saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Modelo de gestão. I. Título.

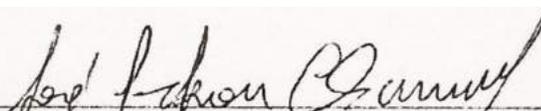
ALINE GOUVEIA MARTINS

MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DAS UNIDADES DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA- CEARÁ

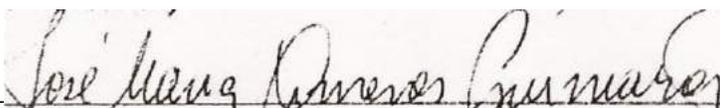
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Área de concentração: Atenção e Gestão do Cuidado em Saúde.

Fortaleza-Ce, 21 de Fevereiro de 2017.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio - Presidente
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães
Universidade Estadual do Ceará - UECE



Prof. Dr. Profa. Dra. Ana Patrícia Pereira Moraes
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Aos meus pais, Francisco Martins e Eneide Maria,
exemplo de vida

Ao meu esposo Deijimar amor eterno.

Ao meu filho, Deijimar Filho e sobrinha Letícia.

Aos meus irmãos, sobrinhos e Alex.

Aos meus amigos que me apoiaram nos
momentos mais difíceis da minha vida que
ocorreram no decorrer do mestrado.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. José Jackson Coelho Sampaio, meu orientador.

O sentimento de respeito e gratidão pela acolhida, ao aceitar-me como orientanda, pela paciência, pela partilha de conhecimento, pelos ensinamentos. O professor não somente ensina matérias. O professor disciplina alunos, aconselha, gerencia atividades, planeja o futuro e principalmente é formador de opinião. Fez-me pensar, refletir, colocar as ideias no lugar. Agradeço pela motivação, levarei comigo outras lições que não estavam incluídas nos livros. Sou grata e honrada pelos professores que tive, pelos ensinamentos que colhi e pela certeza da contribuição árdua desses profissionais para mudanças significativas e cumprimento de um SUS melhor!

A Deijimar Sucupira Sampaio, esposo, companheiro, incentivador, pessoa na qual lutamos para manutenção de sua vida e que entende a importância dessa etapa para nós.

Ao professor, Doutor José Maria Ximenes Guimarães, aos ensinamentos e apoio. Descobri um ser humano extraordinário e solidário, jamais esquecerei seus ensinamentos.

A Coordenadora Ana Patrícia, que tem proporcionado um curso de excelência.

A Professora Anatólia Gomes, profissional competente e sempre disposta a dar uma palavra de conforto.

Aos meus colegas do curso que foram extremamente motivadores.

Aos meus colegas de trabalho, que me incentivaram e ajudaram a concluir essa etapa tão importante na minha vida.

A minha amiga Adriana Valéria Assunção Ramos que esteve comigo minuto a minuto deste processo.

A minha amiga Maria Clara Gonçalves de Castro e Silva que esteve sempre preocupada com a superação desta etapa.

Aos gestores que aceitaram participar da pesquisa, lutadores do SUS.

Às funcionárias do Mestrado do eterno mundo verde.

RESUMO

A organização dos processos de gestão em saúde na Atenção Primária à Saúde (APS), contribui para o desencadeamento de práticas que retratem tecnicamente o delineamento das necessidades de saúde da população e adéquem as intervenções. Os sistemas integrados ou redes de atenção à saúde têm produzido resultados significativos em diversos países e são apontados como eficazes tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de atuar em redes, face aos desafios inerentes a Atenção Primária e a condições que atuam de forma direta e indireta na saúde da população como um todo, tais como, o crescimento proporcional das doenças crônicas e agravos não transmissíveis, a elevação dos custos de tecnologias, as necessidades especiais advindas do envelhecimento populacional, etc. Nesse contexto, esta pesquisa teve como objetivo geral apreender a percepção dos gestores de Unidades de Atenção Primária à Saúde, a cerca do modelo de gestão adotado no município de Fortaleza-CE, e como objetivos específicos, identificar e compreender os modelos de gestão em saúde existentes no município e descrever o perfil desses gestores. Tratou-se de um estudo de caso, descritivo qualitativo, realizada na maior regional de saúde de Fortaleza/Ce, em extensão territorial, a que possui o maior número de UAPS e a que mais inaugurou novas UAPS, o que resultou em reterritorialização das áreas de abrangência, daí decorrendo profundas mudanças em diversos aspectos para a população assistida no Município referido. Participaram da pesquisa os gestores que aceitaram o convite de acordo com os critérios de inclusão. Foi utilizada uma entrevista semi-estruturada, os dados foram analisados por meio de Estatística Descritiva, e as opiniões interpretadas por meio da Análise de Conteúdo, de Laurence Bardin. A pesquisa respeitou os preceitos éticos da investigação científica envolvendo seres humanos. Ao final do estudo, por meio do resultado das entrevistas, podemos concluir que os objetivos propostos pela pesquisa produziram os seguintes resultados: dos gestores entrevistados, 50% têm como formação a graduação em Enfermagem e 71 % são do sexo feminino, entendem que gestão em saúde atravessa planejamento, execução, avaliação e monitoramento das atividades e dos indicadores em saúde, com o intuito de prestar um serviço com qualidade à população adstrita, sendo eles um potencial agente transformador da realidade. É possível afirmar que houve inúmeras e profundas mudanças na APS de Fortaleza em todos os sentidos, que vai desde o horário de funcionamento da própria UAPS até a cobertura dessas equipes, assim como foi

pontado os desafios ainda a serem superados. Ao final, percebe-se que os gestores entendem a proposta do Modelo aplicado na APS de Fortaleza/Ce e certamente o maior desafio de todos é sempre fortalecer a Atenção Primária, mantendo-a ordenadora e coordenadora do cuidado na RAS. Como recomendação, sugere-se que outras pesquisas com a mesma temática sejam realizadas, no intuito de acompanhar a manutenção do modelo, assim como possíveis mudanças, uma vez que o mundo acadêmico tem a obrigação de refletir criticamente sobre os processos da atenção à saúde que afetam a vida de nossos cidadãos.

Palavras-chave: Gestão em saúde. Atenção Primária à Saúde. Modelo de gestão.

ABSTRACT

The organization of health management processes in Primary Health Care (PHC) contributes to the development of practices that technically portray the design of the health needs of the population and adapt the interventions. Integrated systems or health care networks have produced significant results in a number of countries and are identified as effective both in terms of internal organization (resource allocation, clinical coordination, etc.) and in their capacity to Challenges inherent in Primary Care and conditions that act directly and indirectly on the health of the population as a whole, such as proportional growth of chronic diseases and noncommunicable diseases, rising costs of technologies, special needs arising from aging Population, etc. In this context, this research had as a general objective to apprehend the perception of managers of Primary Health Care Units, about the management model adopted in the city of Fortaleza-CE, and as specific objectives, to identify and to understand health management models In the municipality and describe the profile of these managers. It was a case study, qualitative descriptive, carried out in the largest health region of Fortaleza / Ce, in territorial extension, which has the largest number of UAPS and the most inaugurated new UAPS, which resulted in reterritorialization of areas Of coverage, resulting in profound changes in several aspects for the population assisted in the mentioned municipality. Participants in the survey were managers who accepted the invitation according to the inclusion criteria. A semi-structured interview was used, the data were analyzed through Descriptive Statistics, and the opinions interpreted through Content Analysis, by Laurence Bardin. The research respected the ethical precepts of scientific research involving human beings. At the end of the study, through the results of the interviews, we can conclude that the objectives proposed by the research produced the following results: of the managers interviewed, 50% are undergraduate nursing students and 71% are female, understand that management in Planning, execution, evaluation and monitoring of activities and health indicators, with the intuition of providing a quality service to the population, being a potential agent for transforming reality. It is possible to affirm that there have been many and profound changes in the APS of Fortaleza in every sense, ranging from the hours of operation of the UAPS itself to the coverage of these teams, as well as the challenges that have yet to be overcome. It is understood that the managers understand the proposal of the Model applied in the APS of Fortaleza / CE and certainly the greatest challenge of all is always to strengthen the

Primary Care, keeping it ordering and coordinating care in the RAS. As a recommendation, it is suggested that other researches with the same theme be carried out in order to monitor the maintenance of the model, as well as possible changes, since the academic world has an obligation to reflect critically on the processes of health care that Affect the lives of our citizens.

Key-words: Health management. Primary Health Care. Management model.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Concepção Piramidal e Poliárquica	21
Figura 2 -	O Processo de Construção Social das APS	31
Figura 3 -	Macroprocesso da Atenção Primária à Saúde	32
Figura 4 -	Modelo de Atenção às Condições Crônicas	33
Figura 5 -	Divisão territorial de Fortaleza por Bairros	37
Figura 6 -	Mapa Estratégico de Fortaleza	39
Quadro 1 -	Caracterização dos participantes do estudo: Modelo de gestão em saúde no contexto da atenção primária em saúde no contexto da atenção primária à saúde no município de Fortaleza-CE, 2016.....	40
Tabela 1 -	Distribuição de UAPS e ESF por Regional de Saúde	38

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	MOTIVAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO.....	13
1.2	JUSTIFICATIVAS SOCIAIS	15
1.3	JUSTIFICATIVA CIENTÍFICA: REVISÃO DA LITERATURA	16
1.3.1	Trajetória do SUS	16
1.3.2	Gestão da Atenção Primária	22
1.3.3	Modelos de gestão	26
1.4	OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS.....	34
2	TRATAMENTO METODOLÓGICO	35
2.1	DESENHO GERAL DO ESTUDO.....	35
2.2	O CAMPO EMPÍRICO DO ESTUDO.....	36
2.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	40
2.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	41
2.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	41
2.6	ASPECTOS ÉTICOS	42
2.7	FORMA DE EXPOSIÇÃO.....	43
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	44
3.1	CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS GESTORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	44
3.2	MODELO DE GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ARRANJOS ORGANIZATIVOS E MODOS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	50
3.3	MODELO DE ATENÇÃO ADOTADO NA APS: PROPOSIÇÃO, AVANÇOS E DESAFIOS TÉCNICO-GERENCIAIS E ASSISTENCIAIS	58
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
	REFERÊNCIAS	65
	APÊNDICES	71
	APÊNDICE A- PEDIDO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA.....	72
	APÊNDICE B – OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA.....	74

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO..	76
APÊNDICE D – CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO.....	78
APÊNDICE E - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA.....	79
ANEXOS.....	81
ANEXO A – ORGANOGRAMA PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA.....	82
ANEXO B -. FLUXOGRAMA DO ATENDIMENTO AOS EVENTOS AGUDOS NAS UAPS.....	83
ANEXO C – PLANILHA MONITORAMENTO PROFISSIONAL MÉDICO..	85
ANEXO D – PLANILHA MONITORAMENTO PROFISSIONAL ENFERMEIRO.....	87
ANEXO E – PLANILHA MONITORAMENTO EVENTOS AGUDOS X DEMANDA PROGRAMADA.....	89
ANEXO F – PLANILHA MONITORAMENTO DENTISTA.....	90
ANEXO G – PLANILHA MONITORAMENTO ACS.....	91
ANEXO H - FOLHA DE ROSTO PLATAFORMA BRASIL.....	92

1 INTRODUÇÃO

1.1 MOTIVAÇÃO E PROBLEMATIZAÇÃO

Fui motivada a realizar essa pesquisa por inquietações vivenciadas enquanto trabalhadora e gestora da saúde, na articulação da Atenção Primária da Saúde-APS da Secretaria Regional VI, de Fortaleza, Ceará, e usuária do Sistema Único de Saúde-SUS. Como enfermeira, desde 1999, minha trajetória profissional se deu no campo da Atenção Primária, onde atuei na assistência do Programa de Saúde da Família-PSF, hoje Estratégia de Saúde da Família-ESF, e em cargos de gestão em município do interior do estado do Ceará e, desde 2006, em Fortaleza. Cursei Especialização em Epidemiologia, em Formação Pedagógica e em Educação Profissional na Área da Saúde: Enfermagem, em Saúde da Família e em Gestão em Saúde.

Atualmente, articulo e fomento as demandas referentes à Atenção Primária, tendo como foco a organização do serviço, no campo individual, em relação aos profissionais, e na organização e manutenção de insumos para a realização das atividades necessárias. Enquanto articuladora da Atenção Primária, realizo a gestão da rede no território da Regional VI, em Fortaleza, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, integrando os demais níveis de gestão das redes de atenção à saúde.

Destacam-se, no conjunto das ações, a integração das práticas de gestão junto às equipes da ESF; o acompanhamento dos gestores das Unidades de Atenção Primária à Saúde-UAPS, por meio da análise dos dados que os profissionais alimentam nos sistemas de informação; o desenvolvimento das rotinas de avaliação e monitoramento do processo de trabalho e da assistência prestada à população; apoio a realização da manutenção preventiva e corretiva dos equipamentos das unidades; a identificação e o requerimento de recursos materiais e insumos para as UAPS; o apoio aos processos de territorialização das UAPS; o apoio ao controle social, por meio da participação no Conselho Regional de Saúde-CRS; o apoio à implantação dos Conselhos Locais de Saúde-CLS; a construção das políticas municipais de saúde e a implantação das políticas nacionais e estaduais vinculadas à Atenção Primária, por meio da participação em grupos específicos de trabalho; a construção de parcerias para a intersetorialidade, do acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa Bolsa Família-PBF e do

desenvolvimento do Programa Saúde na Escola-PSE, assim como todos os programas inerentes a Atenção Primária à Saúde - APS.

A trajetória da Atenção Primária, no Brasil, desde a idealização até os dias atuais, vivencia inúmeras e profundas mudanças, em quase todos os aspectos. Desde o uso como ferramenta técnica para descentralização, o uso como base da pirâmide da atenção, até a articulação estratégica para a reorganização e a ampliação da efetividade dos sistemas de saúde (BRASIL, 2007).

No âmbito das organizações de saúde, segundo Mendes (2007), identifica-se forte problemática associada a ineficazes portas de entrada, lógicas de manejo que favorecem o adoecimento pelo foco na doença e não no sujeito, além de sistemas fragmentados, caracterizados por atenção descontínua, com forte polarização entre o hospital e o ambulatório, hegemonia do primeiro e ausência de uma coordenação dos pontos de atenção à saúde, de um sistema de inteligência que confira organicidade ao sistema e, normalmente, sem uma população adstrita. Isso tudo na contramão do que deveriam ser os sistemas integrados: oferta de serviços de forma contínua, por meio de vários pontos de atenção coordenados, articulação dos pontos de atenção por meio de sistemas logísticos potentes e a existência de uma população com necessidades definidas que seja responsabilidade do sistema de saúde.

Na cidade de Fortaleza, de acordo com o Plano Plurianual-PPA 2014/2017, o Eixo I revela diretriz prioritária para a gestão: “melhoria da qualidade de vida e justiça social”. A mesma desdobra resultados e objetivos estratégicos, a exemplo de propiciar atenção integral à saúde, por meio da melhoria na qualidade dos serviços. O município também dispõe de Mapa Estratégico, no qual se destaca o fortalecimento das redes de atenção à saúde, com macro-processos prioritários, a exemplo das condições crônicas, das condições agudas, urgência/emergência e materno-infantil (FORTALEZA, 2014). Para atender à diretriz do PPA e os macro e micro-processos prioritários do Mapa Estratégico, foi contratada a consultoria de Eugênio Mendes Vilaça, sanitarista brasileiro de referência internacional, que passou a orientar a Reorganização dos Serviços de Saúde da APS municipal de nossa capital.

Um desafio no campo da saúde continua sendo o aprimoramento da gestão do sistema nos municípios, nos níveis regionais e local, baseado em práticas que retratem tecnicamente as necessidades de saúde da população e a adequada intervenção sobre as mesmas. O campo da gestão, grande ênfase tem se dado ao planejamento estratégico, uma vez que trata do

processamento dos problemas, do arcabouço das condições reais para enfrentá-los, dos objetivos e metas a serem atingidos e do cronograma de execução, fazendo uso da participação e da comunicação, fomentando a co-responsabilização dos sujeitos quanto aos objetivos a serem alcançados.

A gestão opera processos complexos, perpassando várias dimensões, inclusive produzindo subjetivação, daí ser campo fértil de estudos, compreensivos, ao evidenciar a relação entre os modelos de gestão e a produção do cuidado. Ao se considerar a expressividade da expansão da ESF e os desafios que se apresentam à gestão, ao longo do processo de construção do SUS, evidenciam-se a necessidade crescente de avaliações que permitam identificar as relações presentes entre gestão e atenção. O Modelo de Gestão em Saúde adotado pelo governante deveria constituir a resposta para a problemática singular apresentada pelos municípios, enfrentando iniquidades sociais, desenvolvendo ações de prevenção dos agravos ou condições, estruturando redes de determinantes e de fluxos, delineando caminhos para as práticas.

O campo da saúde, em Fortaleza/CE, está passando por uma experiência de reorganização do modelo de gestão na APS. Com isso torna-se imperativo analisar o modelo vigente e as diretrizes da proposta pode ajudar aos gestores e trabalhadores no aprimoramento da relação entre modelos, gestão e práticas de cuidado.

1.2 JUSTIFICATIVAS SOCIAIS

A atividade da gestão permeia todas as tarefas. A todo o momento decisões são tomadas e as escolhas precisam ser implantadas, visando objetivos e metas, diante da realidade sanitária diagnosticada e dos recursos disponíveis. Os perfis demográficos e epidemiológicos estão em rápida mutação, apresentando tripla carga: a agenda não superada dos processos infecciosos e carenciais, o grave impacto das causas externas e o início de uma nova hegemonia relacionada aos problemas crônico-degenerativos. O modelo precisa responder aos três desafios e ao desafio da mistura, da combinação, do sinergismo, envolvendo a implantação de redes flexíveis, de trabalho interdisciplinar, de sistemas de monitoramento técnico e comunitário, aliando efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade (MENDES, 2011).

Não é mais possível à convivência com modelos de gestão baseados na hierarquia, na divisão taylorista do trabalho e no controle rígido, pois a atualidade exige arranjos

organizacionais participativos, integrativos e focados em objetivos, necessidades e expectativas sociais. Mendes (2011) destaca que os modelos de atenção e de gestão precisam ter integralidade e articular, de forma específica, as relações entre a população e as subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e lugar.

Política de Saúde constitui Política de Estado, pois foca a cidadania e prepara o futuro, daí respeitar as diferenças e afirmar os direitos humanos e sociais, apoiando-se na gestão democrática, participativa, solidária, descentralizada e regionalizada. A organização do trabalho em rede exige co-responsabilidade entre gestores, trabalhadores e usuários. Não é correto afirmar que a gestão é apenas um processo ou um instrumento. Em razão do forte impacto gerado por um modelo de atenção e de gestão da saúde, na vida de uma sociedade, num território, uma pesquisa como a proposta torna-se imperativa.

1.3 JUSTIFICATIVA CIENTÍFICA: REVISÃO DA LITERATURA

1.3.1 Trajetória do SUS

Importante se faz, ao tratarmos a questão, que se relembrem aspectos históricos da Atenção Primária no Brasil, originada no final da década 1920, com a abertura de Centros de Saúde visando atuar em base territorial, com o objetivo de promover as medidas de saúde pública destinadas ao controle de doenças, com ações sistemáticas no domicílio e na comunidade (GONDIM et al, 2009).

A Organização Pan-americana de Saúde-OPAS tem atribuído forte destaque à formação de redes de atenção em suas atividades e documentos de referência relativos ao aperfeiçoamento dos sistemas de saúde. A Constituição brasileira de 1988 definiu a estratégia de regionalização por meio da organização de redes de atenção como elemento essencial para a garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Segundo o texto constitucional, as ações e serviços de saúde conformam uma rede regionalizada e integrada em um sistema único em todo o território nacional (OUVERNEY, 2013).

A implantação do Sistema Único de Saúde-SUS, esboçado na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, definido em capítulo específico da Carta Magna de 1988, organização aprofundada pela Lei Orgânica da Saúde-LOS, em 1990, e implantado na Lei Orçamentária da União-LOU, em 1992, incorpora os princípios de universalidade, equidade, integralidade e participação popular (BRASIL, 1990).

A história da Saúde Pública Brasileira tem início em 1808, com a chegada da Casa Real Portuguesa ao Brasil, mas o Ministério da Saúde-MS veio a ser instituído plenamente em 1953, por meio da Lei nº 1.920. O Ministério dos Negócios do Interior, Justiça, Saúde e Educação já fora desdobrado em Ministério dos Negócios do Interior e Justiça e em Ministério da Educação e Saúde. Em 1953, o último foi desdobrado em Ministério da Educação e Cultura e em Ministério da Saúde-MS. Com sua criação, o MS passou a encarregar-se das atividades antes de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde, porém mantendo a mesma estrutura que, na época, não foi suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria de Estado, apropriado para atender aos importantes problemas da saúde pública da época, pois o MS limitava-se a ação de legalidade e divisão de atividades de saúde e educação, antes inerentes a uma só instituição. Porém, na prática, essa função permanecia, ainda, fragmentada por vários ministérios e autarquias, com conseqüente pulverização de recursos financeiros e dispersão do pessoal técnico, ficando alguns inclusive vinculados a órgãos de administração direta, outros às autarquias e fundações (BRASIL, 2016).

Três anos após a criação do MS, em 1956, surge o Departamento Nacional de Endemias Rurais, com a finalidade de organizar e executar os serviços de Epidemiologia e combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela e outras endemias no país, de acordo com as possibilidades técnicas e administrativas (FINKELMAN, 2002).

O Instituto Oswaldo Cruz preservava sua condição de órgão de investigação, pesquisa e produção de vacinas, enquanto a Escola Nacional de Saúde Pública incumbia-se da formação e aperfeiçoamento de pessoal e o antigo Serviço Especial de Saúde Pública atuava no campo da demonstração de técnicas sanitárias e serviços de emergência a necessitarem de pronta mobilização, sem prejuízo de sua ação executiva direta, no campo do saneamento e da assistência médico-sanitária aos estados (BRASIL, 2010).

No início dos anos 1960, a desigualdade social, indicada pela forte distribuição desigual de renda, ganha voz no discurso dos sanitaristas em razão das relações entre saúde e

desenvolvimento. O planejamento de metas de crescimento e de melhorias sociais levou às primeiras iniciativas de planejamento global e de saúde. As idéias de adequação dos serviços de saúde pública à realidade, apresentada pelos sanitaristas desenvolvimentistas, tiveram momentos importantes, como a formulação da 1ª Política Nacional de Saúde, em 1961, objetivando redefinir a essência do MS, colocando-o em sintonia com os avanços da esfera econômico-social (GONTIJO, 2012).

Em 1963 foi realizada a III Conferência Nacional da Saúde-CNS, convocada pelo então ministro Wilson Fadul, grande defensor do municipalismo, portanto, de uma nova divisão das atribuições e responsabilidades entre os níveis político-administrativos da Federação. Após o Golpe Militar de 1964, o ministro Raymundo de Brito reitera a incorporação ao MS da assistência médica da Previdência Social, dentro da proposta de fixar um Plano Nacional de Saúde, sem romper com as diretrizes da III CNS. (MATTIA, 2011).

Pela reforma administrativa federal, de 1967, fica estabelecido que o MS se torna responsável por formular, coordenar e fazer sair do papel a Política Nacional de Saúde. Ficaram definidas as seguintes áreas de competência: política nacional de saúde; atividades médicas e paramédicas; ação preventiva em geral, vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; e controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisa médico-sanitária (CODATO, 2005).

Ainda em meio à Ditadura Militar, no ano de 1974, o MS vive outra reforma em sua estrutura, na qual as Secretarias de Saúde e de Assistência Médica foram fundidas para a criação da Secretaria Nacional de Saúde, visando superar a dicotomia percebida e concebida entre Saúde Pública e Assistência Médica. A Superintendência de Campanhas de Saúde Pública-SUCAM, a Coordenadoria de Comunicação Social e o Conselho de Prevenção Antitóxico ficam subordinados diretamente ao Gabinete do Ministro, para possibilitar-lhes maior autonomia técnica e administrativa. Por outro lado, as Delegacias Federais de Saúde foram descentralizadas e incorporadas às Coordenadorias de Saúde, compreendendo cinco regiões: Amazônia, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste (GONTIJO, 2012).

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários, realizada em 1978, na cidade de Alma Ata, Cazaquistão, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde-OMS, explicitou pela primeira vez a importância da intersetorialidade. A Declaração produzida na Conferência destaca que os cuidados primários de saúde envolvem, além do setor da saúde, todos os setores

relacionados ao desenvolvimento nacional e comunitário. Como decorrência, a OMS promove em Ottawa, Canadá, a I Conferência Mundial de Promoção da Saúde, para proceder a uma revisão conceitual sobre saúde e promoção da saúde, estabelecendo que a segunda deva proporcionar aos povos os meios para melhorar e exercer maior controle sobre a primeira (BUSS 2000).

Com o fim da Ditadura Militar, foi possível ao país dedicar-se à própria revisão política e organizacional do Estado, focando perspectiva democrática, o que resultou na eleição de Assembléia Nacional Constituinte. Nela é produzida a Constituição Federal de 1988, que apontou ser a saúde um direito de cidadania e que ao Estado compete garantir saúde a toda a população, deste modo autorizando-se a criação do SUS. Em 1990, o Congresso Nacional aprova a LOS, detalhando o funcionamento do Sistema Nacional de Saúde. Em 1991, o Poder Executivo encaminha ao Congresso Nacional mensagem incluindo o SUS no orçamento da união. De 1992 até os dias de hoje o Brasil vive a experiência histórica de instalar, ampliar e aprofundar o SUS (BUSS, 1995).

Em sequência temporal, temos os seguintes marcos da construção do SUS, segundo Oliveira (2011):

- Criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões-CAP;
- Criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões-IAP;
- Criação do Instituto Nacional de Previdência Social-INPS;
- Criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social-SINPAS e do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social-INAMPS;
- Criação do Programa de Ações Integradas de Saúde-PAIS;
- Instalação da VIII Conferência Nacional de Saúde-VIII CNS;
- Criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde-SUDS;
- Aprovação da carta constitucional que estabelece a saúde como “Direito de todos e dever do Estado”;
- Aprovação da Lei Orgânica da Saúde-LOS;
- Criação da Comissão de Intergestores Tripartite-CIT;
- Publicação da Norma Operacional Básica-NOB/SUS 1993;
- Publicação da NOB/SUS 1996;

- Publicação Norma Operacional de Assistência à Saúde-NOAS/SUS 2002;
- Aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a Estratégia Saúde da Família-ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como dispositivos fundamentais da Atenção Básica.

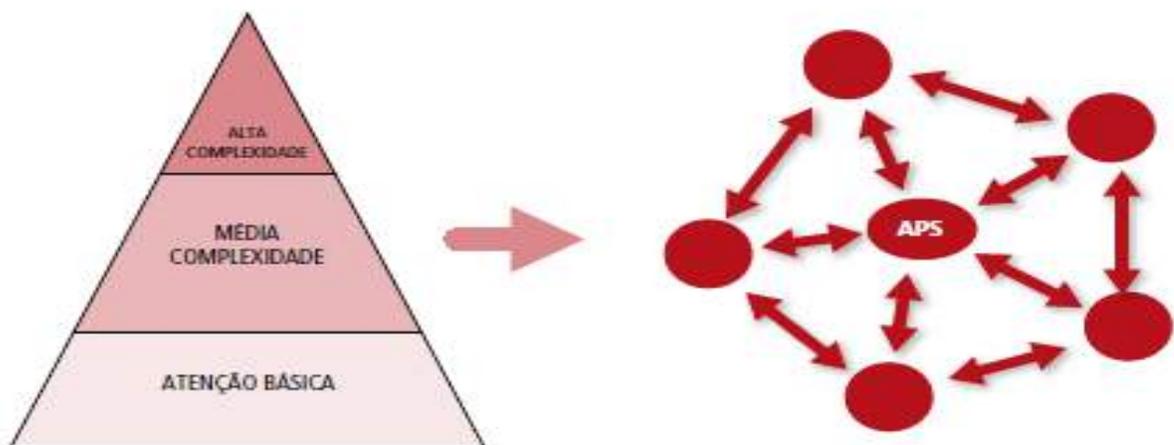
O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada". Neste sentido, a APS deve cumprir algumas funções para o melhor funcionamento das Redes de Atenção à Saúde: ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado das Redes de Atenção à Saúde-RAS, atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção e articulando as outras estruturas das redes de saúde e intersetorial, pela incorporação de ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado e ordenar as redes. Deve trabalhar sob a luz do território adstrito, possibilitando acesso universal e contínuo em consonância com o princípio de equidade promovendo vínculo e corresponsabilização, coordenar e integrar as ações, estimular a participação dos usuários (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica, atualmente, caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange promoção, proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, com objetivo de desenvolver a integralidade da atenção de maneira que impacte diretamente na situação de saúde e autonomia das pessoas, assim como nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. A mesma precisa ser desenvolvida por meio da articulação de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, expressas no trabalho em equipe, direcionadas a populações de territórios definidos, pelas quais essa equipe assume a responsabilidade sanitária, considerando as particularidades existentes no território. Utilizando tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar na condução das necessidades de saúde de maior ocorrência e relevância em seu território, levando em conta critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético, considerando que toda necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011).

Não é verdade que a APS seja menos complexa que os cuidados ditos de médias e altas complexidades. É a APS que deve atender mais de 85% dos problemas de saúde, situando-se aí a exigência de uma clínica ampliada e onde se ofertam, preferencialmente, tecnologias de alta

complexidade social, como aquelas relativas a mudanças de comportamentos e estilos de vida, a exemplo de cessação do hábito de fumar, adoção de comportamentos de alimentação saudável e atividade física. Os níveis de atenção secundários e terciários constituem-se por meio de tecnologias de maior densidade tecnológica técnica, maquinária, especializada, mas não de maiores complexidades. Uma visão distorcida de complexidade leva, consciente ou inconscientemente, os políticos, os gestores, os profissionais de saúde e a população, a uma sobrevalorização, seja material, seja simbólica, das práticas que são realizadas nos níveis secundários e terciários de atenção à saúde e, por consequência, a uma banalização da APS. Uma concepção hierárquica e piramidal precisa ser substituída por uma concepção de redes poliárquicas, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompendo-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais. É o que se vê na Figura 1.

Figura 1- Concepção Piramidal e Poliárquica



Fonte: Mendes, 2011.

Contudo, as RASs apresentam uma singularidade: seu centro de comunicação situa-se na APS. As RASs estruturam-se para enfrentar uma condição de saúde específica, por meio de um ciclo completo de atendimento (PORTER e TEISBERG, 2007). O que implica na continuidade da atenção à saúde, em seus níveis primário, secundário e terciário, e a integralidade da atenção à saúde, pelas ações de promoção, de prevenção, de gestão e de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e palição. A RAS assume as responsabilidades econômicas e sanitárias com a sua

população adstrita, na APS. Somente a atuação de uma RAS vai gerar valor para a população. O valor da atenção à saúde se expressa na relação entre a qualidade dos resultados econômicos, clínicos e humanísticos e os recursos utilizados no cuidado da saúde.

A ESF destaca-se como estratégia de organização dos serviços na APS, fortalecendo a rede de saúde e colaborando para a reorientação do modelo assistencial. Tem como um de seus objetivos acompanhar, por meio de ações de cura, reabilitação, prevenção e promoção da saúde, a população adstrita à sua área de abrangência. O fundamental no desempenho da ESF é o estabelecimento de vínculos e o desenvolvimento do trabalho a partir da associação das características sociais, culturais, econômicas e epidemiológicas do território às demandas e necessidades em saúde da população (CORBO et al, 2007).

1.3.2 Gestão da Atenção Primária

O MS, para operacionalizar um modelo pautado nos princípios do SUS, em 1994, instituiu e implantou o Programa Saúde da Família-PSF, hoje Estratégia Saúde da Família-ESF, elegendo como diretrizes operacionais a mudança do processo de trabalho, agora centrado em vigilância à saúde, hierarquização das ações, integralidade, territorialização, adstrição da clientela e trabalho em equipe multiprofissional. A prática assistencial passa a ser centrada na família e na comunidade (BRASIL, 2012b).

Tais equipes são geridas a nível local pelos coordenadores ou gestoras das unidades de saúde na qual cada equipe é vinculada. A gestão é um ramo das ciências humanas que trata da coordenação do trabalho de pessoas, em certos processos de trabalho, para certos objetivos, procurando manter a sinergia entre elas, a estrutura da instituição e os recursos existentes, no âmbito administrativo. Além da técnica de administrar, a gestão utiliza o Direito, a Contabilidade, a Economia, a Psicologia, a Matemática, a Estatística, a Sociologia e a Informática.

As funções de um gestor são em princípio fixar as metas a alcançar por meio do planejamento, conhecer e analisar os problemas a enfrentar, organizar recursos financeiros e tecnológicos, ser um comunicador, dirigir e motivar as pessoas, tomar decisões precisas, controlar o conjunto e avaliar. Sampaio (2006) ressalta que a gestão de sistemas, serviços e programas de saúde tem objetivos específicos, levando em consideração o lugar que estes

dispositivos ocupam na rede e as características próprias, mas não devem ser analisados de forma isolada, isto é, sem articulação com os objetivos, as diretrizes e os princípios do SUS.

Apesar do amplo debate e mobilização em torno do assunto, não se pode esquecer que a gestão não está restrita à prática gerencial. Barbosa (1998) enfatiza que os aspectos políticos, econômicos e sociais oferecem o contexto para o desempenho e influenciam sobremaneira o modelo adotado. Não se pode apenas discutir aspectos conceituais, metodológicos e instrumentais da gestão, pois gerir saúde, em todos os aspectos, é sempre ação complexa, com processos não padronizados e competição entre visões de mundo, visões políticas de governo, reações dos usuários, formação e vinculação de trabalhadores e reação de partidos políticos, sindicatos e órgãos de classe. A mão de obra é altamente especializada e qualificada, colocando em cena, no caso da saúde, 14 profissões reconhecidas pela formação própria e mais de 20 profissões reconhecidas pela atuação no campo.

Diferentes autores, como Monnerat e Souza (2011) e Andrade (2006) destacam que o setor saúde deve buscar a intersetorialidade e ser receptivo a ela, pois o objetivo maior deve ser a construção de uma rede de proteção social, na perspectiva da garantia de direitos e de melhores condições de vida. Monnerat e Souza (2011) destacam que um dos maiores desafios do setor saúde e, conseqüentemente, da ESF, é a superação da concepção endógena da intersetorialidade prevalente na área.

Andrade (2006) afirma que a política de saúde brasileira encontra-se diante do dilema da intersetorialidade, com o desafio de construir essa prática em um ambiente totalmente setorial e remete ao desenvolvimento da Medicina Social no século XIX, quando se começou a discutir a determinação social do processo saúde/doença e sua relação com o contexto histórico e econômico e, ao Movimento Internacional de Promoção da Saúde, no século XX para explicar o surgimento e a importância da intersetorialidade no setor saúde. A intersetorialidade, em sua concepção ampliada, demanda a construção de objetos de intervenção comum entre diferentes setores, com vistas à consecução de planejamento integrado para enfrentamento dos problemas sociais sistêmicos. A tarefa é gigantesca em um país como o Brasil, com excelente PIB geral, mas precário PIB *per capita*, apresentando altíssima taxa de analfabetismo e alta mortalidade infantil.

Há uma relação intrínseca entre o trabalho em saúde e a gestão, em que este último é responsável pelo direcionamento da política ou programa, o estabelecimento de metas e diretrizes, o fornecimento dos recursos materiais e estruturais dos serviços, a definição da política

de recursos humanos e dos mecanismos de execução do trabalho das equipes, ou seja, das condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho.

[...] o denominado ‘sistema de saúde’ é, na verdade, um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por múltiplos circuitos e fluxos de pacientes, mais ou menos formalizados, nem sempre racionais, muitas vezes interrompidos e truncados, construídos a partir de protagonismos, interesses e sentidos que não podem ser subsumidos a uma única racionalidade institucional ordenadora. (CECÍLIO, MEHRY, 2003, p.199).

No nível federal, a gestão da APS é realizada pelo MS, conforme Leis, Decretos e Portarias específicas, sobretudo com as últimas permanentemente modificadas e atualizadas. Destaque-se, conforme Assis (2010):

1) A Lei 8080, de 1990 que cria o SUS, desvela sua complexidade, remetendo sua prática a um sistema que deve garantir o direito à saúde, corolário do direito à vida, dirigido pelos entes federativos, com financiamento tripartite, federal, estadual e municipal, e gestão participativa, sendo considerada a maior política pública inclusiva mundial, por se destinar ao atendimento de 204 milhões de pessoas. O SUS tem sido uma fortaleza formal, dotada de muita fragilidade real: regulamentação parcial, descontinuidade de implantação, subfinanciamento, gestão não profissional e heterogeneidade decorrente do poder irregular de financiamento dos municípios.

2) O Decreto 7.508, de 2011, a regulamentação ainda em vigor, que define a estrutura organizativa do SUS, visando à transparência e a segurança jurídica na fixação das responsabilidades dos entes federativos para que o cidadão possa, de fato, conhecer, em detalhes, as ações e os serviços de saúde ofertados nas regiões de saúde, em suas redes assistenciais. Este Decreto organiza as relações interfederativas, concebidas pela consagração dos colegiados interfederativos tripartite, bipartite e regional, nos quais as decisões precisam ser consensuais, em razão do compartilhamento da gestão, e definem, ainda, as portas de entrada do sistema de saúde, dispondo sobre a hierarquização da complexidade dos seus serviços, a integralidade da assistência, a assistência farmacêutica, as metas de desempenho e sua avaliação mediante indicadores de saúde. A gestão do SUS precisa ser transparente, deixando às claras quais os serviços, as ações de saúde, as responsabilidades, as atribuições e os recursos financeiros que garantirão a efetividade do direito à saúde do cidadão nas redes assistenciais, tornando possível o exercício da democracia participativa, princípio constitucional do SUS.

3) A Portaria 2.488, de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica-PNAB, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS, tem seu Anexo I alterado pela Portaria 2.121, de 2015, para reforçar as ações voltadas ao controle e à redução dos riscos em saúde. A APS é construída como centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado em qualquer destes pontos, numa relação horizontal, contínua e integrada, visando produzir a gestão compartilhada da atenção integral.

O modo de organizar as RASs define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas, que devem ser distribuídos, espacialmente, de forma lógica e eficiente. A organização das RASs, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção (MENDES, 2011).

No pressuposto da articulação entre as estruturas das redes de saúde e as redes intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais, faz-se necessário incorporar ferramentas e dispositivos de gestão do cuidado, tais como gestão das listas de espera, com encaminhamentos para consultas especializadas, procedimentos e exames; prontuário eletrônico em rede e protocolos de atenção organizados sob a lógica de linhas de cuidado; e análise de casos traçadores, eventos-sentinela e incidentes críticos, dentre outros (LAVRAS, 2011).

A atenção básica deve ser articulada com os processos regulatórios realizados em outros pontos da rede, de modo a permitir, ao mesmo tempo, a qualidade da micro-regulação realizada pelos profissionais da atenção básica e o acesso a outros pontos de atenção, nas condições e no tempo adequado, com equidade; e ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2010b).

Para o município de Fortaleza, o Plano Plurianual-PPA 2014-2017 tem como base metodológica a Gestão Pública por Resultados-GPR. Os Programas e as Ações do PPA foram fundamentados nos eixos, resultados e objetivos estratégicos quantificados por meio de

indicadores com metas estabelecidas. São três eixos estratégicos: (I) Melhoria da Qualidade de Vida e Justiça Social; (II) Crescimento Sustentável; e (III) Gestão Transparente, Participativa e Transformadora (FORTALEZA, 2014b).

A qualificação da Atenção Primária qualifica os três eixos estratégicos do PPA, sobretudo pela melhora do acesso do cidadão ao sistema de saúde, a promoção de saúde, a educação em saúde, a escuta qualificada e a identificação preventiva de riscos sanitários e sociais. Deve-se levar em consideração não somente o risco biológico, avaliando também a vulnerabilidade, o que representa um grande desafio na ser superado pela gestão. A necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança às situações de saúde por meio de modelos que variam em função da natureza singular das condições de saúde de cada território (MENDES, 2011).

1.3.3 Modelos de gestão

Formatar a estratégia de trabalho tem sido um grande desafio para quem atua na gestão dos serviços, sobretudo em saúde, na busca da qualidade na execução e no monitoramento dos programas, no alcance das diretrizes estratégicas definidas e nos compromissos de campanha assumidos. Um dos alicerces de um modelo de gestão está na organização coletiva e na descentralizada do trabalho. Daí a importância da implantação de estruturas coletivas de gestão, permitindo que as áreas atuem de forma integrada, racionalizando o orçamento público, evitando retrabalho e potencializando o resultado das políticas públicas.

Um Modelo de Gestão em Saúde deve retratar projeto político-institucional implantado por uma instituição, com o intuito de administrar determinado serviço, programa, plano ou sistema. Os modelos de gestão precisam potencializar os processos de subjetivação, produtores de práticas democráticas, quanto podem sustentar territórios em que a autonomia é controlada. Este conjunto de métodos, técnicas e procedimentos deve considerar as discontinuidades políticas, a insuficiência de recursos e o despreparo técnico de gestores, por isso, além de buscar alternativa para ampliar o financiamento, devem também orientar a reformulação do próprio processo, à luz dos princípios e diretrizes do modelo e do SUS (ABREU-DE-JESUS, 2006).

Para tal, no Brasil, temos hoje bases teóricas para o planejamento em APS. A gestão e o planejamento em saúde somente muito recentemente incorporaram saberes e técnicas que

valorizam a inter-relação entre equipes e população, tomando-a como um instrumento para co-produzir novas subjetividades que interfiram nas condições de vida, de saúde e de adoecer das pessoas e comunidades. Mário Testa foi um pioneiro ao aproximar-se de Piaget para pensar a construção de saberes e de atores nas instituições de saúde (TESTA, 1992). Uribe (1996) articulou planejamento e ação comunicativa, em aproximação com Habermas. Campos (2007) pensou a reordenação das organizações de saúde, objetivando a criação de arranjos gerenciais que estimulassem a realização profissional e a desalienação progressiva dos trabalhadores.

De acordo com Teixeira (2010), foram-se desenvolvendo “correntes de pensamento” na área, materializadas na produção científica de vários autores inseridos em distintos espaços acadêmicos, cuja influência vem se estendendo na medida da difusão e incorporação à prática institucional em diversas conjunturas políticas, sejam nacionais, estaduais e municipais. O primeiro mapeamento dessas correntes foi feito em trabalho pioneiro de Merhy (1995), retomado por Rivera e Artmann (1999), que identificaram a existência de quatro vertentes referentes a grupos de pesquisa situados, respectivamente, em quatro instituições: ENSP, USP, UNICAMP e ISC-UFBA.

Teixeira (2010) destaca que o grupo identificado com o Laboratório de Análise e Planejamento da UNICAMP construiu uma tradição de estudos e elaboração de propostas derivadas da reflexão sobre gestão em saúde que também pode iluminar as análises sobre o processo decisório em saúde, especificamente a reflexão sobre a análise e co-gestão de coletivos (CAMPOS, 2015), a micropolítica do trabalho em saúde (MERHY, 2007) e a aplicação de tecnologia leve para o planejamento em saúde (CECILIO, 1997).

O Modelo de Gestão a ser adotado deve levar em consideração que a gestão em saúde constitui-se pela responsabilidade de dirigir um serviço, um programa, um plano ou um sistema de saúde, mediante o exercício das funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, monitoramento, controle, avaliação e auditoria, permeando os processos de subjetivação presentes nas instituições e organizações que compõem o seu plano de produção. Um Modelo de Gestão deve retratar os fluxos a serem seguidos para alcançar um determinado objetivo, à luz da legislação vigente, qualificando-se para potencializar seus recursos humanos e financeiros e adotar processos transparentes e cada vez mais eficazes nas rotinas de trabalho.

Muitos estudos apontam para necessidade de reorientação dos modelos de gestão, a necessidade de superar processos de gestão no âmbito da ESF pautados em aspectos normativos e

quantitativos, incorporando conceitos e instrumentos que permitam pensar e avaliar o cotidiano dos serviços e a qualidade da atenção (SILVA JUNIOR E MASCARENHAS, 2004). A reorientação da gestão em saúde, na concepção de Merhy e Campos, implica a reorganização dos processos de trabalho que, por sua vez, redirecionam a produção das práticas de cuidado (GUIMARÃES, 2012). Assim haverá prática qualificada e efetiva da gestão e do cuidado, em campo perpassado por história, ideologias e subjetividades, que pode ser otimizada pela formação permanente em serviço, enfatizando o domínio das técnicas terapêuticas e o desenvolvimento de habilidades associadas ao protagonismo e à produção de grupalidade nos serviços (SAMPAIO *et al.*, 2011).

Embora exista uma autonomia marcante no trabalho em saúde, é importante considerar também que este, como qualquer outro fenômeno social, não é isento de determinações que o conformam e o condicionam, relativizando a autonomia dos profissionais. O trabalho em saúde é conformado pela rede de relações sociais, políticas e culturais presentes na sociedade e por isso não podem ser compreendidos isoladamente. Os sujeitos envolvidos nesse processo, gestores, trabalhadores e usuários, são condicionados por esse sistema de relações (LIMA, 2007). Nessa perspectiva evidenciamos que cada profissional tem seu poder ou micropolítica.

Assim, em sua dimensão micropolítica, as práticas de gestão são perpassadas pelo processo de produção do cuidado. Nesse âmbito, reside a potência para a mudança nos modos de operar as práticas sanitárias, tensionada pelos modos como se configuram as organizações de saúde e os padrões de gerência (GUIMARÃES, 2012, pg 51).

Porém, para que um modelo de gestão alcance uma política pública de humanização em saúde, deve ser priorizada a concepção do humano como superação da coisa, entendendo que o processo de cuidado não pode ser transferido para a técnica e a tecnologia, dado que, em última instância, a relação na saúde acontece entre dois sujeitos; e a concepção do humano como superação do alienado, condição potencializada pela construção da autonomia, do protagonismo individual e coletivo, bem como pela emancipação e construção de significados, valores e destinos (SAMPAIO, 2006).

A alteridade remete, diretamente, à circulação de afetos, à disponibilidade com a qual nos colocamos em relação ao outro, pois, como indica Lazzarato (2006), diferença é sentir, *pathos*, e não pode ser reduzida ao registro da cognição, do direito formal, das obrigações profissionais,

pois agir significa modificar a maneira de sentir junto. Criar e efetivar mundos significa agir sobre crenças e sobre desejos, sobre vontades e inteligências, isto é, agir sobre os afetos .

Merhy (2007) classifica as tecnologias em leve, leve-dura e dura, sendo que as leves são as relacionais; as leve-duras são as dos saberes e fluxos estruturados, tais como as teorias; e as duras são as dos recursos materiais e tecnologia maquínica. A adoção das tecnologias leves, consideradas as mais complexas e de uso intensivo de trabalhadores, no dia a dia em saúde perpassa pelos diversos processos dentre eles, vínculo, atenção integral, acolhimento como gerenciadores das ações de saúde.

A humanização, como tecnologia leve, representa uma forma de gerenciamento que articula a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação da saúde e a cidadania afetiva no cuidado (MERHY et al, 2006). O vínculo das relações no PSF parte da premissa que os profissionais devem estabelecer co-responsabilidade pela área adstrita, o que resulta em interação positiva entre as equipes e os usuários, necessária à manutenção e à garantia das diretrizes que norteiam a prática do PSF. O trabalho em equipe, enquanto tecnologia leve permite a contribuição de diferentes saberes, o que não elimina o caráter de cada profissão, mas a necessária articulação em campo que assegure saúde à população e satisfação aos trabalhadores (CAMPOS, 2003).

Um modelo de gestão somente se torna eficiente e agrega valor ao usuário do serviço de saúde se o acesso e o vínculo determinarem alguma superação das dificuldades enfrentadas pelos usuários sejam de acesso, acessibilidade, informação e garantia de retorno. Assim, previnem-se as filas, os longos tempos de espera e as esperas inúteis por falta de profissional. Porém, os modos de inserção do acolhimento nos serviços de saúde dependerão da situação de trabalho das ESF e da adstrição da clientela, fatores que impactam diretamente no modelo de gestão, uma vez que o trabalho será desgastante, insatisfatório, se a equipe estiver incompleta ou se a população de cobertura for excessiva.

Um sistema de atenção à saúde que procura melhorar a atenção às condições, agudas e crônicas, deve estar preparado para mudanças na organização e para poder implementá-las por processos de gestão de mudanças. Os líderes devem identificar as melhorias na atenção à saúde como um trabalho importante e traduzir essa percepção em políticas e metas dirigidas à aplicação de estratégias efetivas, envolvendo o uso de incentivos que reforcem as mudanças sistêmicas. As organizações efetivas tentam prevenir erros e problemas da atenção à saúde relatando e

analisando os enganos e gerando mudanças para evitá-los. Problemas de falhas na comunicação e na coordenação da atenção à saúde devem ser prevenidos por meio de acordos que facilitem a comunicação e os fluxos de informações e de pessoas entre os gestores e os prestadores de serviços (MENDES, 2011).

A implantação das RAS exige de forma especial o fortalecimento da APS e mudanças no modelo de atenção, de forma a garantir que sejam dadas respostas às condições agudas e crônicas das pessoas, nos vários pontos de atenção, de acordo com o risco e complexidade dos problemas de saúde, tendo como base as diretrizes clínicas e os protocolos estabelecidos. Condições agudas são manifestações de doenças transmissíveis de curso curto, inferior a três meses de duração, como dengue e gripe, de doenças infecciosas também de curso curto, como apendicite ou amigdalites, ou de causas externas como traumas, com tendência de se auto limitarem. As condições crônicas são de longo curso, acima de três meses, como gravidez ou doenças de longa duração, como diabetes e hipertensão arterial, que podem se tornar permanentes e definitivas. Considerando que as pessoas, ao longo da vida, podem apresentar ambas, conseqüente ou simultaneamente, é necessário definir modelos de atenção que sejam capazes de dar resposta efetiva a ambas.

Assim, o Modelo de Gestão e Atenção adotado pelo município de Fortaleza tem a perspectiva de integrar os diferentes equipamentos e serviços de atenção à saúde para que as demandas da população sejam respondidas integralmente e de forma contínua. O modelo foi definido em consonância com a construção do mapa estratégico da SMS e definição das Redes prioritárias de Atenção à Saúde (RAS) que tem como característica a horizontalidade das relações nos diversos espaços de atenção à saúde, possibilitando o cuidado multiprofissional e intersetorial. É importante destacar que esse processo foi embasado no referencial teórico da equipe de Consultoria coordenada pelo Dr. Eugênio Vilaça, consultor da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (FORTALEZA, 2014a).

O processo da construção social da APS pode ser mais bem entendido pela metáfora da construção de uma casa, conforme se vê na Figura 02. Primeiro, há que se construir um alicerce que garanta a solidez da APS. Isso significa implantar mudanças estruturais, de macro e de microprocessos. A partir desse alicerce vão se edificando as paredes, o teto, o telhado, a porta e a janela.

Figura 2 - O Processo de Construção Social das APS



FONTE: Fortaleza, 2014c

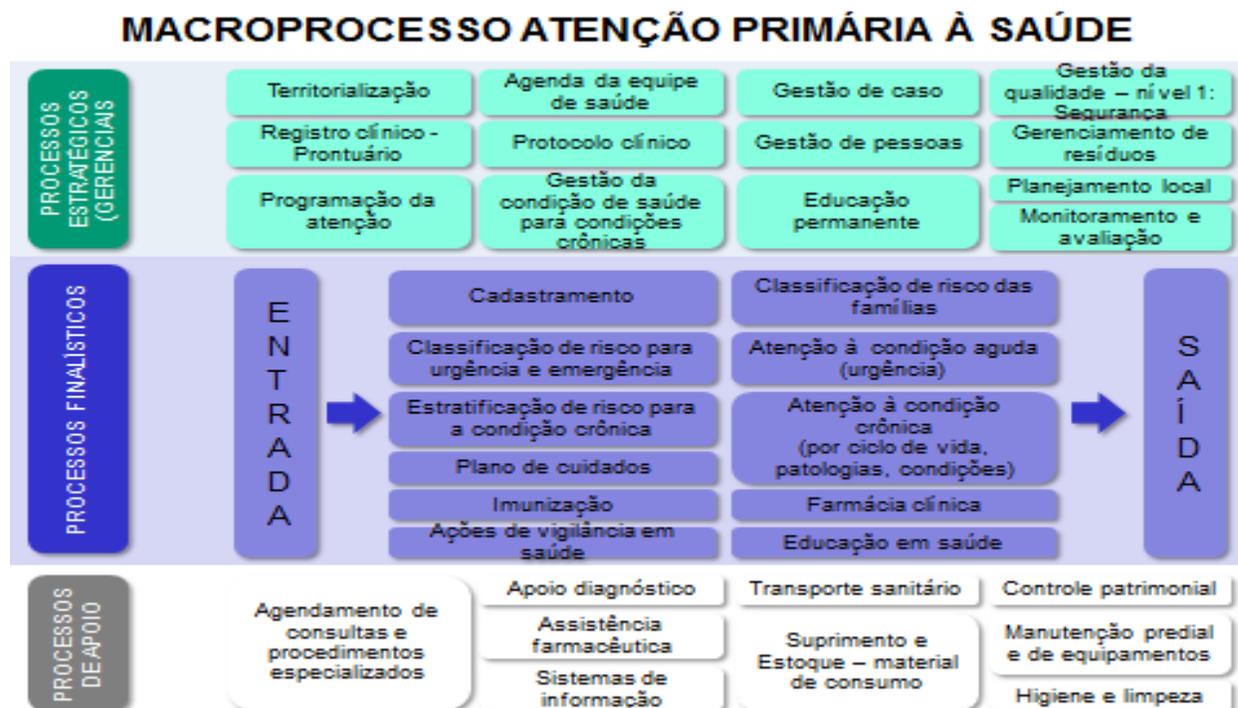
Os macroprocessos básicos são aqueles que dão suporte ao atendimento das diversas demandas da população. São eles: a territorialização, o cadastramento das famílias, a classificação de riscos familiares, o diagnóstico local, a estratificação de risco das condições crônicas, a programação e o monitoramento por estratos de riscos, a agenda e a contratualização.

O resultado da implantação dos macroprocessos deve ser monitorado e, alguns deles, devem ser auditados temporariamente. Há, contudo, dois marcadores que indicam se esses macroprocessos foram implantados eficazmente, que são o selo de qualidade da unidade e a implantação da agenda com hora marcada para atendimento às pessoas usuárias. Os microprocessos básicos da APS são aqueles que garantem condições para a prestação de serviços de qualidade, especialmente no aspecto da segurança dos usuários. São eles: recepção, acolhimento e preparo; vacinação; curativo; farmácia; coleta de exames; procedimentos terapêuticos; higienização e esterilização; e gerenciamento de resíduos. A implantação dos microprocessos básicos envolve o mapeamento dos mesmos, com a elaboração a implantação e a auditoria periódica, interna e externa dos Procedimentos Operacionais Padrão - POPs.

Na Atenção Primária são trabalhados os macroprocessos de organização no território para implantação do modelo de atenção às condições agudas e crônicas. As RAS prioritárias são: territorialização, cadastramento e classificação de risco das famílias; classificação de risco para

urgências e emergências; estratificação das condições crônicas, organização da atenção às condições agudas e organização da atenção às condições crônicas; elaboração das diretrizes clínicas e protocolos, elaboração dos procedimentos operacionais padrão; parametrização e programação das ações, gestão da clínica e planos de cuidados, conforme a Figura 3.

Figura 3 - Macroprocesso da Atenção Primária à Saúde



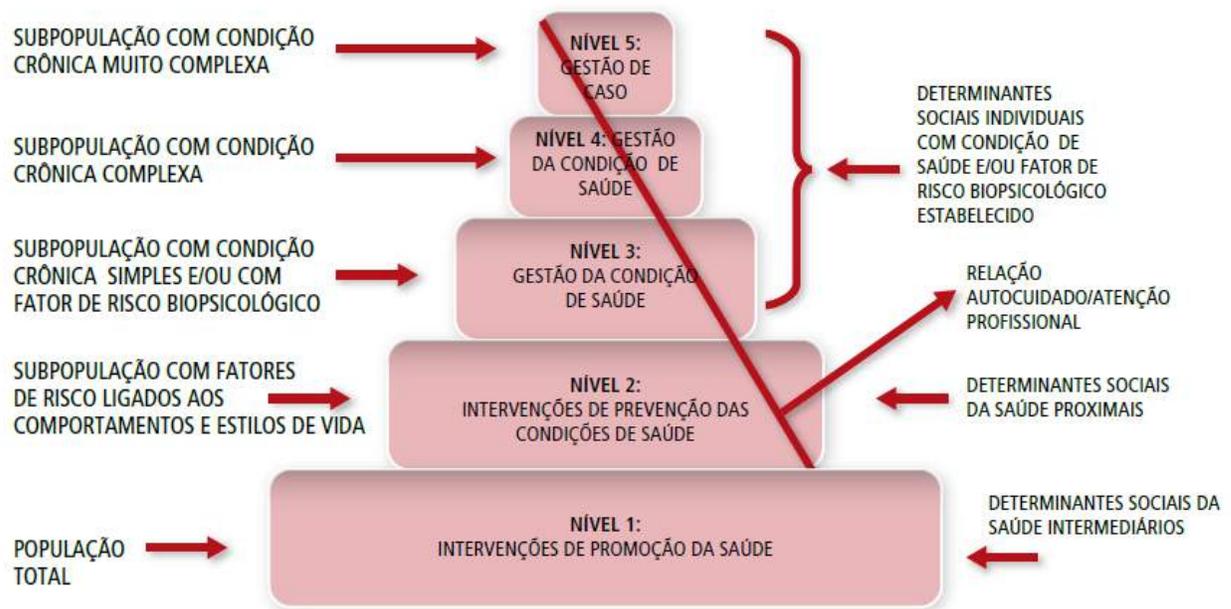
FONTE: Fortaleza 2014c

A sociedade está exigindo cada vez mais qualidade dos serviços a ela prestados, principalmente por órgãos públicos. Esta exigência torna fundamental a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade da atenção. Em relação aos sistemas de saúde, a avaliação é parte fundamental do planejamento e da gestão dos sistemas e tem como objetivo apreender, de forma abrangente, a realidade dos serviços de saúde vinculados ao SUS, nas suas diferentes dimensões (BRASIL, 2007).

Para a atenção às condições crônicas foi adotado o Modelo de Atenção às Condições Crônicas–MACC, que se estrutura em cinco níveis de intervenções: 1- Promoção da Saúde, 2 - Prevenção das Condições da Saúde, 3- Gestão da Condição da Saúde Nível 3, 4- Gestão da

Condição de Saúde Nível 4, e 5- Gestão de Caso. Os níveis, por sua vez, são desdobrados em três componentes integrados: 1- a população estratificada em subpopulações de risco; 2- os focos de intervenções de saúde; e 3- os tipos de intervenções em saúde.

Figura 4 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas.



Fonte: Mendes, 2007.

O MACC estrutura-se em cinco níveis e em três componentes integrados, como na Figura demonstrando os focos das intervenções de saúde, à direita; e os tipos de intervenções de saúde ao centro.

O processo, caracterizado por planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações da ESF, deve partir do comprometimento com a qualidade e a integralidade da assistência prestada. Diagnosticam-se sintomas de crescimento e de degradação, portanto, há mobilidade, mas comprometida por graves impasses: subfinanciamento; crescimento das APS em velocidade e qualidade inferiores; regionalização e integração entre municípios e serviços quase virtual; eficácia e eficiência de hospitais e serviços especializados abaixo do esperado (CAMPOS, 2007).

De mais grave há um desencantamento com o SUS, certo descrédito quanto à nossa capacidade para transformar em realidade os princípios e diretrizes do movimento sanitário. São

sinais de crise, que não depõem contra os princípios e diretrizes, mas contra a forma de organização do Estado brasileiro, sua modernidade truncada, suas desigualdades sociais iníquas, a vontade política sempre refém do populismo. O SUS constitui uma reforma social incompleta, de implantação heterogênea, concedendo protagonismo aos micropoderes regionais, não às comunidades de cidadãos. As dificuldades vividas no cotidiano da maioria do povo têm contribuído para esse desencantamento e esse descrédito (CAMPOS, 2007).

São múltiplos os termos propostos nos últimos anos em relação ao território e à sua apropriação pelo sistema de saúde. Mendes (2011) considera que se desenvolveram duas correntes do pensamento: uma, que vê o território como espaço físico, geopolítico, de modo topográfico-burocrático; e outra, que entende o território-processo, como produto de uma dinâmica social onde se tencionam sujeitos sociais postos na arena política.

Desde sua criação, o PSF é uma estratégia que vem se estendendo por todo o país, com área de cobertura assistencial ampliada gradativamente, seguindo uma tendência de expansão em áreas menos assistidas, afastadas dos grandes centros urbanos, representadas por pequenos municípios. São inegáveis os avanços nessa expansão, entretanto o crescimento do número de equipes não implica, necessariamente, uma alteração real das tradicionais formas de atenção à saúde ou uma estratégia de promoção de equidade (OLIVEIRA, 2011).

1.4 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

A presente pesquisa tem por objetivo geral Compreender o modelo de gestão/atenção operado na atenção primária à saúde do município de Fortaleza, CE. Entre os objetivos específicos, elegeu-se: analisar as concepções de gestão em saúde dos gestores da APS; identificar e analisar o modelo de gestão e atenção da APS em Fortaleza; descrever as práticas de gestão e atenção operadas na APS.

2 TRATAMENTO METODOLÓGICO

2.1 DESENHO GERAL DO ESTUDO

A Gestão em Saúde constitui um fenômeno social, atravessado por ideologias, subjetividades e historicidade, assim o fenômeno adéqua-se bem ao âmbito das pesquisas qualitativas. O presente trabalho decorre de um estudo de caso, que possibilita compreender um problema na perspectiva dos sujeitos que vivenciam as experiências, como são os gestores públicos, atentando-se para o contexto social em que o evento ocorre e seus vários movimentos, com dinâmicas e contradições.

Por sua capacidade de fazer emergir aspectos novos, de ir ao fundo do significado e de estar na perspectiva do sujeito, são aptos para descobrir novos nexos e explicar significados. De fato, durante a pesquisa, freqüentemente emergem relações entre variáveis, motivações e comportamentos completamente inesperados, que não surgiriam utilizando um questionário estruturado, cuja característica técnica é a uniformidade do estímulo (SERAPIONI, 2000).

Minayo (2006; 1994) considera que a pesquisa qualitativa responde a questões singulares e particulares, porquanto se ocupa, no campo das Ciências Sociais, com um nível da realidade não necessariamente quantificável, envolvendo crenças e valores, por estar imerso em singularidades, tanto pessoais como institucionais e ambientais. Para a autora, o estudo de caso caracteriza técnica de investigação especialmente adequada ao tema, pois se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão simultaneamente envolvidos diversos processos, fatores e interdependências.

Yin (1994) afirma que esta técnica se adapta à investigação social, quando o investigador é confrontado com situações complexas, de tal forma que fica obscurecida a identificação das variáveis consideradas importantes, ao serem procuradas respostas para os *comos* e os *porquês*, quando o investigador busca encontrar interações entre fatores relevantes próprios desse evento, com o objetivo de descrever ou analisar o fenômeno, a que se acede diretamente, de uma forma profunda e global, e quando o investigador pretende apreender a dinâmica do fenômeno, do programa ou do processo. Assim, Yin (1994) define estudo de caso com base nas características

do fenômeno em estudo e num conjunto de características associadas ao processo de recolha de dados e às estratégias de análise dos mesmos.

Outro autor define o estudo de caso como um termo guarda-chuva para uma família de métodos de pesquisa cuja principal preocupação é a interação entre fatores e eventos (BELL, 1989). Fidel (1992) refere que o estudo de caso constitui método específico de pesquisa de campo. Estudos de campo são investigações de fenômenos à medida que ocorrem, sem qualquer interferência significativa do investigador. A pesquisa de campo, por meio de estudo de caso, é investigação que se assume como particularística, isto é, que se debruça deliberadamente sobre uma situação específica que se supõe ser única ou especial, pelo menos em certos aspectos, procurando descobrir a que há nela de mais essencial e característico e, desse modo, contribuir para a compreensão global de certo fenômeno de interesse (PONTE, 2006).

A técnica de pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças e atitudes o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2006). Nesse sentido, esse tipo de pesquisa é o ideal para a identificação de alguma técnica não convencional para auxiliar o seu tratamento da diabetes mellitus, por exemplo, e as subjetividades inerentes ao seu uso, visto que o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados (MERHY et al., 2007).

2.2 O CAMPO EMPÍRICO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, cidade que, segundo o Censo de 2010 e sua projeção para 2016 (IBGE, 2010) possui população, respectivamente, de 2.452.185 e de 2.609.716 habitantes. Nesse contingente populacional predominam pessoas do sexo feminino, 53,2%, contracenando com 46,8% do sexo masculino. Quanto à idade, a população de jovens é de 40,4% na faixa etária de zero a 19 anos, e a de idosos é de 7,5% na faixa etária de 60 anos ou mais. O município, em decorrência do crescimento demográfico e da extensa ocupação territorial,

Na área de abrangência da Regional VI, constam 541.160 habitantes, destes 283.424 são do sexo feminino e 257.736 são do sexo masculino. Apesar de ainda ter população predominantemente jovem, essa situação vem mudando com o aumento progressivo da população idosa, assim como no Município como um todo.

A trajetória do Município de Fortaleza, tanto de sua história, como dos percursos de suas Políticas de Saúde, está intimamente relacionada ao seu desenvolvimento sócio-político-econômico. As tímidas intervenções médico-sanitárias nos séculos XVIII e XIX, por exemplo, buscavam a eliminação de lugares produtores de miasmas e germes morbígenos contaminadores da atmosfera da cidade. De lá até os dias atuais vivemos em épocas de imensos obstáculos estruturais à construção do bem-estar social. Talvez essa seja a marca que irá caracterizar o futuro: a incapacidade, apesar da produção exponencial de riqueza, de assegurar bem-estar às pessoas.

Atualmente, Fortaleza conta com Atenção Primária baseada na ESF, com o número de unidades e de equipes lotados em cada regional, de acordo com a tabela que segue:

Tabela 1 - Distribuição de UAPS e ESF por Regional de Saúde

SR	Nº de UAPS	Nº EQUIPES
I	14	67
II	12	46
III	17	72
IV	13	46
V	24	94
VI	28	119
TOTAL	108	444

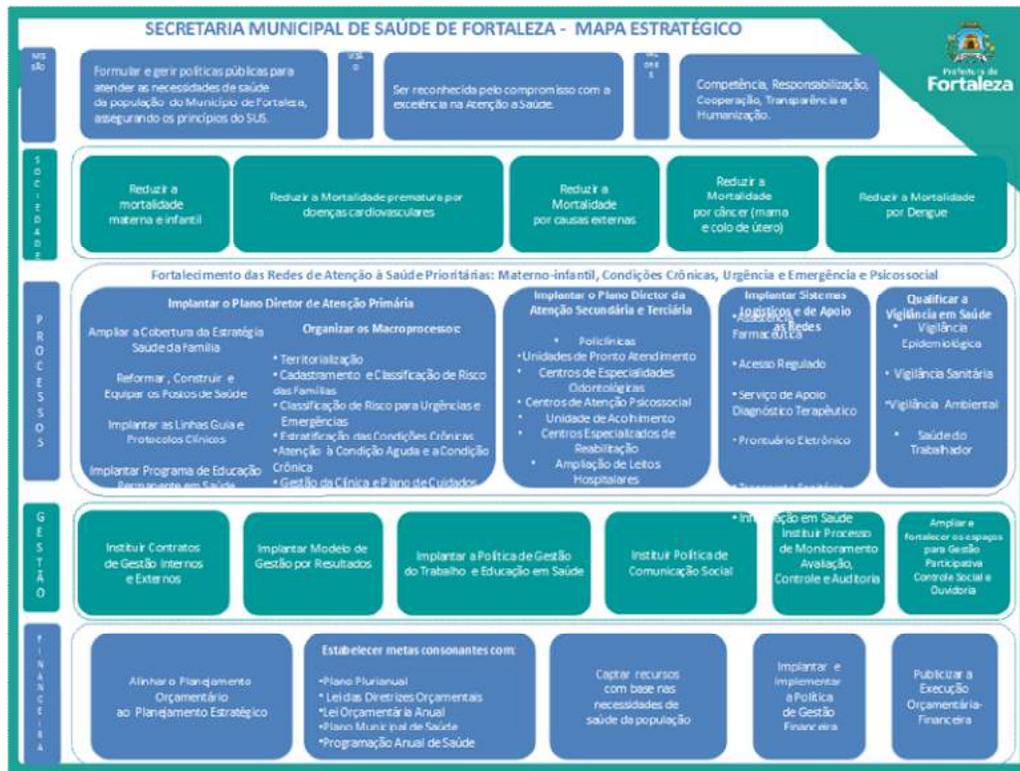
Fonte: SMS, 2016.

Pela cobertura insuficiente, as políticas estabeleceram algumas hierarquias para ações prioritárias as situações consideradas de maior vulnerabilidade e os problemas sanitários de maior ocorrência epidemiológica quais sejam: Gestantes, Crianças, Hipertensos e Diabéticos. As ações se fazem por meio de consultas individuais, distribuídas em agendas parametrizadas, ou atendimento grupal, cumpridas por escala profissionais de 40 horas sendo esta distribuída em 32

horas de serviço e oito horas destinadas à Educação Permanente. Das 32h, uma parte variável precisa contemplar também os eventos agudos com fluxo descrito no Anexo B.

O município de Fortaleza o PPA tem como base metodológica a GPR. Os Programas e Ações do PPA foram fundamentados nos eixos, resultados e objetivos estratégicos quantificados por meio de indicadores, com metas estabelecidas. Com isto, os resultados quantificados passam a ser os grandes elementos de avaliação do PPA e o compromisso maior com a população de Fortaleza. São três eixos estratégicos: (I) Melhoria da Qualidade de Vida e Justiça Social; (II) Crescimento Sustentável; e (III) Gestão Transparente, Participativa e Transformadora.

Figura 6 - Mapa Estratégico de Fortaleza



Fonte: PPA, 2014

Para avaliar o modelo da atual gestão, a pesquisa foi apoiada pelo Plano Municipal de Saúde, ainda em apreciação do Conselho Municipal de Saúde, e o PPA (FORTALEZA, 2014b).

2.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Considerando tema, objeto e objetivos do estudo, optou-se por envolver a participação de gestores que atuam nas 23 UAPS que compõem a CORES VI. Como critério de inclusão foi convidado a participar os gestores que participaram do Curso de Especialização em Gestão ofertado pela Secretaria Municipal de Saúde-SMS para os gestores da UAPS de Fortaleza. Estes sujeitos são em número de 14. Dados inerentes ao perfil foram contemplados no quadro que segue:

Quadro 1 - Caracterização dos participantes do estudo: Modelo de gestão em saúde no contexto da atenção primária em saúde no contexto da atenção primária à saúde no município de Fortaleza-CE, 2016

CODIFICAÇÃO	IDADE	SEXO	CATEGORIA PROFISSIONAL	PÓS-GRADUAÇÃO	ORIGEM/VÍNCULO	TEMPO DE ATUAÇÃO	CARGA HORÁRIA
G 01	39	M	Dentista	Especialista	Servidor da ESF	4 anos	40 h
G 02	34	M	Dentista	Especialista	Servidor da ESF	2 anos	40 h
G 03	41	F	Enfermeira	Especialista	Servidor da ESF	3 anos	40 h
G 04	42	F	Enfermeira	Especialista	Servidor da ESF	2,5 anos	40 h
G 05	36	F	Enfermeira	Especialista	Servidora de outro município	4 anos	40 h
G 06	42	F	Enfermeira	Especialista	Servidor da ESF	4 anos	40 h
G 07	43	F	Enfermeira	Doutora	Servidor da ESF	2,5 anos	40 h
G 08	64	F	Médica	Especialista	Servidor da ESF	12 anos	40 h
G 09	37	F	Dentista	Especialista	Servidor da ESF	4 anos (2 L.M.)	40 h
G 10	40	F	Enfermeira	Especialista	Servidor da ESF	2,6 anos	40 h
G 11	59	F	Enfermeira	Especialista	Servidor da ESF	8 anos	40 h
G 12	39	M	Dentista	Mestre	Servidor da ESF	4 anos	40 h
G 13	59	M	Dentista	Especialista	Servidor da ESF	4 anos	40 h
G 14	52	F	Farmacêutica	Especialista	Servidora de outro município	4 anos	40 h

Fonte: elaborada pelo autor

2.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi utilizado como instrumento de coleta de dados uma entrevista semiestruturada, adaptada do estudo realizado por Guimarães (2012) da Tese de Doutorado intitulada Inovação e gestão em serviços de saúde mental: incorporação de tecnologias e reinvenção no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial (Guimarães, 2012), apoiada em um roteiro (Apêndice E), dividida em dois tópicos: I- identificação e II- questões relacionadas ao tema. Adaptado da Tese de Doutorado de Guimarães, José Maria Ximenes. Inovação e gestão em serviços de saúde mental: incorporação de tecnologias e reinvenção no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial / José Maria Ximenes Guimarães. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Doutorado em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2012.

A entrevista semiestruturada é um tipo de instrumento que dá liberdade para direcionar as perguntas ao entrevistado, a fim de desenvolver uma situação adequada à interrelação, e dessa forma o entrevistador pode explorar ainda mais uma determinada questão, que geralmente são abertas e podem ser respondidas dentro de uma conversa informal (LAKATOS, 1996).

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, agrupadas por categorias e embasadas com os estudos das bases de dados da literatura sobre o tema.

2.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados foi realizada consoante à técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2010), a qual se caracteriza por um conjunto de técnicas visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos, a descrição do conteúdo das mensagens, permitindo inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessas mensagens.

No desenvolvimento da análise das entrevistas fez-se necessário seguir três sequências cronológicas, que são:

- Pré-análise: leitura flutuante do material coletado com entrevistas transcritas, visando o conhecimento do texto e a aproximação das questões mais superficiais dos documentos.

- Exploração do material: operações de codificação, enumeração e classificação das falas expressas dos informantes, por meio do recorte do texto em unidades de registro (palavra, frase tema), enumeração (escolha das regras de contagem), agregação dos dados conforme

similaridades, convergência/divergência com as categorias pré-estabelecidas (escolha de categorias), o que permite atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão.

- Tratamento e interpretação dos dados obtidos: a partir dos resultados brutos, os dados foram tratados de maneira a torná-los significativos e válidos.

No tocante aos procedimentos de análise e interpretação dos dados a demarcação de eixos temáticos, segundo Minayo (2006; 1994), possibilita a descrição e a explicação de um pensamento, o qual pode ser compreendido por meio da linguagem e da observação, como núcleos e instrumentos de comunicação entre os homens.

Dessa forma, os passos recomendados por Minayo (2006) e seguidos na pesquisa estão delineados na sequência.

1. Ordenação das informações - o primeiro contato com o material empírico coletado. Na transcrição fiel do conteúdo das entrevistas gravadas, seguida da primeira leitura do material transcrito. Posteriormente, foram organizadas as informações contidas nas entrevistas, observações e análise documental para o alcance dos objetivos do estudo.

2. Classificação das informações – etapa de organização das informações, que tomou por base a relação entre os dados empíricos, objetivos e pressupostos teóricos da pesquisa.

Após a identificação das categorias temáticas, o passo seguinte foi a seleção de falas e de registros, presentes nas entrevistas, documentos e observações, recortando-as e inscrevendo-as nos eixos temáticos.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

Em atendimento à Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012a). O projeto da pesquisa, que serviu de substrato à presente Dissertação de Mestrado, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará-UECE. A todos os sujeitos participantes do estudo foi apresentado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C), contendo esclarecimentos acerca da pesquisa.

2.7 FORMA DE EXPOSIÇÃO DO ESTUDO

Esta dissertação encontra-se organizada da seguinte maneira: Introdução, Metodologia, três capítulos referentes à análise e discussão dos resultados seguidos das Considerações Finais.

Na introdução foi descrito a delimitação do objeto de estudo, as questões norteadoras e objetivos do estudo. Buscou-se evidenciar a relevância do estudo.

A fundamentação teórica foi apresentada para a compreensão do objeto de investigação, na metodologia, a abordagem e o desenho geral do estudo adotado foi explicitado, assim como a descrição do cenário do estudo; a delimitação da amostra qualitativa resultou em 20 participantes do estudo.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, desenvolve-se um exercício de análise dos aspectos objetivos dos processos de gestão e atenção da Atenção Primária à Saúde, bem como de elementos subjetivos que permeiam o material empírico, resultante das falas dos gestores e de documentos institucionais considerados relevantes no plano deste estudo. Assim, no plano discursivo emergiram aspectos relacionados às concepções e às práticas dos gestores, evidenciando, ainda, elementos constitutivos da implementação dos modelos de gestão de atenção.

3.1 CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DOS GESTORES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Inicia-se a discussão acerca das concepções e práticas de gestão em saúde, especificamente no âmbito da APS, considerando-se que estas são determinadas por contextos político, histórico e social que conformam os modos de atuação dos sujeitos que as exercem.

Com base nas entrevistas realizadas com os gestores, é possível identificar distintas concepções acerca da gestão em saúde, as quais expressam os modos de execução de modelos de gestão/atenção à saúde, permeadas por dimensões subjetivas que emergem do cotidiano, das experiências e expectativas relacionadas aos processos gerenciais da UAPS. Os gestores ingressaram na gestão por meio de Seleção Pública, no intuito de garantir um conhecimento mínimo a cerca das ações desenvolvidas no SUS, como também foi conferido nesse processo o conhecimento acerca da história do Município de Fortaleza.

No primeiro momento, evidencia-se o fato de que os gestores entrevistados concebem a gestão em saúde como a execução de um conjunto de atividades administrativas, entre elas formulação de políticas, planejamento, financiamento, execução de processos gerenciais, avaliação e monitoramento, além de controle e relação dos fluxos assistenciais em saúde, conforme se apreende nas falas expostas a seguir.

“... eu vejo gestão em saúde como processo bem amplo, onde você deve monitorar processos realizados pelos profissionais, é um processo dinâmico com as equipes...” (G1)

“... Consiste em planejar, executar e acompanhar os serviços trabalhando questões de adequação física, abastecimento de insumos, manutenção,

implantação do processo de trabalho, planejamento, monitoramento e avaliação das ações, construção de redes, protocolos, fluxos, elaboração, assinatura e acompanhamento de contratos, treinamentos e capacitações, entre outros...” (G14)

“... Eu compreendo gestão em saúde como processo de regulação [...] desse processo, onde existem serviços oferecidos, no caso da saúde, pelo SUS, enquanto ente, e a necessidade da população...” (G12)

“...A formulação de processos, gerenciamento de indicadores, planejamento...” (G2)

“...A gestão em saúde é necessária para mantermos o equilíbrio dos processos decisórios entre trabalhadores e a gerência. Sem a gestão os processos de trabalho ficam soltos, sem rumo.” (G13)

Nessa perspectiva é possível afirmar que os gestores tem compreensão acerca do seu papel administrativo, sua dimensão objetiva e subjetiva no processo de gestão em saúde na APS, assim, gestão é monitoramento das ações de saúde, atividades de gestão. Um contraponto se faz quando estudos apontam características dos processos decisórios e formulação de políticas, apresentando indícios de pouca participação da sociedade civil (CECÍLIO, 2006)

Confirma Paim (2002) que, de fato, as condições políticas, sociais, econômicas, culturais e até geográfico-ambientais, para desenvolver o processo de municipalização, foram e ainda são desfavoráveis, a depender das estratégias e dos critérios para sua operacionalização.

O gestor do SUS é a autoridade sanitária em cada esfera de governo, cuja ação política e técnica devem ser pautadas pelos princípios do Movimento Brasileiro de Reforma Sanitária-MBRS. Com a responsabilidade de comandar um sistema de saúde municipal, estadual ou nacional exercendo as funções de coordenação articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.

É possível afirmar que, para alguns gestores, gestão é atividade gerencial capaz de fazer avançar um processo de transformação da realidade:

“... e execução de atividades que mudem a realidade instalada...” (G2)

A fala do gestor vem imbuída de conceito que embasa a política de humanização, quando considera mudança da realidade. Humanização, por quê: i) porque se propõem a valorizar os diferentes sujeitos que se inserem no processo de produção de saúde, ii) porque aposta na

autonomia, potência e saberes desses diferentes sujeitos para a transformação da realidade e iii) porque propõem a inclusão de todos nos processos de mudança. Assim, o sentido de humanização refere-se ao estabelecimento de grupalidades, de vínculos solidários e de aposta no trabalho coletivo, na formação em redes, na relação existente entre a transformação das práticas e na transformação das relações estabelecidas entre sujeitos e grupos, como mudança de atitudes e de subjetividade (BRASIL, 2010a).

Também é referido que gestão é identificada como atividade de coordenação. Neste sentido, os gestores devem cumprir o papel de implementar os atributos da APS, particularmente no que se refere à coordenação de Redes de Atenção à Saúde.

“processo de trabalho com a rede de atenção, você vai ter que trabalhar atenção primária, secundária e os demais pontos de atenção, essa gestão é bem ampla bem macro” (G1)

A fala revela uma das atitudes primordiais ao gestor que é o trabalho em rede, entender que seu compromisso vai para além do que acontece no âmbito da UAPS ou do território de adscrição, sobretudo diante da escassez de recursos, o gestor deve atuar também como um regulador desse processo.

As propostas de humanização consideram que para redução de danos e a manutenção da saúde devemos desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2011).

Nos processos de gestão em saúde contemporâneos um dos enfoques é a integração do cuidado se faça sob a coordenação da APS, o que configura uma proposta de organização do sistema em redes de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Alguns gestores identificam a liderança como um atributo indispensável para atuar na gestão em saúde:

“...Gestão em saúde ela deve oferecer antes de mais nada uma liderança para dirigir um instituição de saúde” (G3)

“...liderando profissionais de saúde fazendo com que todos participem dos processos...” (G4)

“... Gestão em saúde é uma forma de organização dos serviços de saúde serviços locais, através de um líder que é um organizador do serviço em que ele se propõe a manter o funcionamento da unidade de saúde, em qualquer nível de atenção...” (G7)

“... O que você acha que seja a atribuição do bom gestor? (+) Ele tem muitas atribuições, né (()). Eu estou na unidade e entre as atribuições eu acho uma das mais importantes é ter uma relação saudável com os profissionais, claro que também os processos de trabalho, mas a relação entre os profissionais ela tem que ser uma relação de como é que eu posso dizer (+) de horizontalidade, é isso! E tem que ter uma liderança, Né (+). Não só um pouco mais participar junto com eles nos processos entendeu...” (G10)

“... Ter liderança, conhecimentos básicos em atenção à saúde, principalmente sobre o SUS, que é nosso sistema principal na assistência, conhecimento sobre as leis e diretrizes que envolve a saúde, entusiasmo, criatividade, resiliência e saber acolher as pessoas...” (G11)

Sabe-se que ao longo dos anos muito foi discutido sobre liderança e sua definição, passando a mesma a ser mais conhecida e aceita nas organizações de um modo geral, deste modo afirmando-se que liderança é um tema que vem sendo discutido desde os mais remotos tempos pelo homem. Ser líder, formar líderes, tem sido um desafio constante do homem e das organizações (FILHO 2010).

Muitos autores e instituições consideram o PES, cujos postulados pautam-se no reconhecimento da negociação, liderança e cultura institucional como parte do processo de gestão, sendo a ação comunicativa fundamental para construção de organizações dialógicas capazes de construir-se a partir da ação dos sujeitos sobre projetos institucionais coletivos (JESUS, 2012).

Um gestor traz em sua fala a concepção taylorista a cerca da racionalidade gerencial:

“... sobre gestão em saúde a concepção que predomina é a corrente taylorista que separa as funções de concepção e de execução das relações (+) que se estabelecem entre comandantes e subordinados esse modelo também é conhecido como racionalidade gerencial dominante caracterizado pela busca da avaliação de resultados concretos a preocupação com o barateamento dos custos da produtividade e com caráter produtivismo tendo seus trabalhadores a retribuição ou pagamento calculado a partir do nível que ocupa na hierarquia dos postos de trabalho do tipo de tarefa e a quantidade de procedimentos realizada o outro modelo de gestão em saúde é produzido a partir de espaços democráticos discutindo, analisando, deliberando e promovendo descentralização do poder e uma relação horizontal levando a interações dialógicas entre gestor e equipe entre profissionais e usuários entre equipes e seus diferentes níveis de atenção...” (G09).

Trata-se de uma concepção a cerca do gerenciamento de recursos humanos sob a concepção do modelo taylorista-fordista na qual assume a pouca autonomia dos trabalhadores, sob uma visão de economia de produção.

A administração de recursos humanos, consagrada na Administração Clássica, está fortemente influenciada pelo modelo taylorista-fordista, em que, de forma funcional, os recursos humanos são tidos como um dos componentes da cadeia produtiva, assim como os recursos materiais e econômico-financeiros, numa perspectiva segundo a qual a organização do trabalho tem como característica o predomínio do trabalho prescrito com pouca autonomia por parte dos trabalhadores (GUIMARÃES, 2012).

Um gestor pontua acerca da micro gestão exercida pelos profissionais de saúde:

“... Concepções sobre gestão em saúde gestão é algo intrínseco que o profissional de saúde ele já tem... ou deve ter... então gerir saúde é ser um profissional de saúde... você já é um gestor de suas atividades de analisar e gerir suas condutas, a microgestão do sistema, então não somente você precisa ser um gestor oficialmente, mas ao trabalhar na saúde você acaba gerindo muitas coisas, desde as condutas com usuário até os processos mais complexos na UAPS (+). Então tudo isso é gerir saúde não somente ser nomeado como gestor...” (G10).

É fato que os profissionais são os maiores ordenadores de despesas e de demandas de todo sistema e deve ser considerado pelos gestores, com isso o trabalho com os profissionais deve representar uma das mais atividades mais relevantes dos gestores. Os micropoderes exercidos dentro das instituições atualmente são reconhecidos pela sociedade acadêmica e de fato exercem um forte impacto no dia a dia dos serviços de saúde. Partindo do ponto de vista da prática micro gerencial, onde os profissionais de saúde têm maior responsabilidade, são necessárias ferramentas capazes de assegurar padrões clínicos ótimos; diminuição de riscos para os usuários e profissionais; aumento da eficiência; prestação de serviços efetivos e melhoria na qualidade da atenção à saúde (BRASIL, 2012b).

Por fim, os gestores alertam para o fato de que é preciso conhecer o território em que se atua, como requisito para o exercício da gestão.

“... Para você gerenciar, em primeiro lugar você tem que conhecer o território para que você tenha uma organização fidedigna e saber exatamente quais são as doenças prevalentes tanto as crônicas quanto às outras que é o perfil da população e a partir daí

então você tem como organizar para que as pacientes com problemas crônicos não deixem de ser atendidos e sejam atendidos em intervalos de tempo pré-definidos...” (G8).

No âmbito das práticas dos gestores, discutidas a seguir, faz-se relevante assinalar que estas são historicamente marcadas por avanços e retrocessos, hierarquizações, burocratização com centralização e verticalização de processos decisórios. Não obstante, questionam-se tais modelos, próprios da racionalidade administrativa hegemônica. Assim, busca-se, atualmente, implementar modelos orientados pela construção coletiva, com isso emergem aspectos relacionados a dimensões inerentes a esse processo tanto de caráter jurídico e formal, bem como as concepções subjetivas de caráter individual e coletivo, tanto por parte dos profissionais quanto por parte dos usuários.

No Brasil, a Constituição de 1988 definiu a estratégia de regionalização por meio da organização de redes de atenção como elemento essencial para a garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade. Segundo o texto constitucional, as ações e serviços de saúde conformam uma rede regionalizada e integrada em um sistema único em todo o território nacional.

Enquanto campo de pesquisa, a Ecologia Política combina perspectivas: da Ecologia Humana, inter-relações que as sociedades mantêm com os ambientes em que habitam (LITTLE, 2006); da Economia Política, o foco nas relações estruturais de poder entre sociedades; e da Ecologia Cultural, em relação às adaptações dos indivíduos ao meio ambiente (CUNHA, 2004).

A concepção de território que mais atende às necessidades da saúde é a sócio-política, na qual só é possível ser pautada se considerar demarcação ou delimitação se existir pluralidade de agentes (NUNES, 2006). Portanto a noção de território é decorrência da vida em sociedade e não somente uma demarcação cartográfica.

Desse modo, deve-se considerar que as práticas dos gestores encontram fundamentos em suas concepções e modelos teóricos adotados. Na APS do município de Fortaleza, considerando o modelo de gestão/atenção adotados, os gestores das UAPS sinalizam as atribuições que lhes são inerentes ao cargo que ocupam.

3.2 MODELO DE GESTÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA: ARRANJOS ORGANIZATIVOS E MODOS DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Na reorganização da APS operada no município de Fortaleza percebe-se a configuração de modelo de gestão, que expressa determinações técnico-políticas, orientadas à implementação da atenção às doenças crônicas, como prioridade nas diretrizes estabelecidas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, o que direciona a alocação de recursos.

Neste sentido, os entrevistados sinalizam uma inter-relação no que diz respeito os modelos de gestão e de atenção, conforme se verifica na fala a seguir.

“..., o modelo de gestão é uma coisa mais ampla ele contempla toda rede. O modelo de atenção é o processo que aplicamos para implantar aquilo que a gestão está querendo ou orientando (+) eu acho que modelo de atenção é isso...” (G 01).

Evidencia-se, portanto, que o modelo de atenção implica no desenvolvimento de estratégias e ações, que induzem a reorganização do processo trabalho das equipes, em consonância com as diretrizes definidas no âmbito do modelo de gestão. Os gestores sinalizam os distintos modelos de gestão, além de sinalizar que estão direcionados a implementar o modelo de atenção centrado em redes, evidenciando, ainda, os elementos constitutivos de uma rede de atenção, porém ainda com desafios na sua efetivação.

“... o modelo de atenção à saúde se fundamenta em três pilares: a rede, que a integração dos serviços interfederativos; a regionalização, que são as regiões de saúde; e a hierarquização. São que se refere aos níveis de complexidade dos serviços. O modelo de gestão é um instrumento que orienta gestores na escolha das melhores alternativas para se cumprir sua missão com eficácia atualmente na Secretaria de Saúde, destaca-se os modelos de gestão da qualidade das redes de atenção à saúde RAS, da gestão estratégica e da gestão participativa e cogestão. O modelo das redes de atenção à saúde é o que está mais intimamente relacionado com os pilares do modelo de atenção à saúde, pois se baseia na reunião de indivíduos, instituição rede de forma democrática e participativa e com estruturas flexíveis estabelecidas horizontalmente regionalização e quanto ações colaborativas hierarquização para integralidade do cuidado...” (G 11).

“... É uma dificuldade efetivar a RAS(+). Só as redes de atenção porque a gente tem essa articulação, mas ainda não é uma articulação tão efetiva como gostaríamos... Então por conta disso há uma grande dificuldade em relação à rede...” (G 10).

De acordo com as falas, denota-se que no atual contexto, o modelo de gestão empenha-se na construção de redes de atenção, como fundamento do modelo de atenção, considerando a articulação entre os serviços de crescente complexidade, numa perspectiva de regionalização, como elementos necessários à construção da integralidade do cuidado. Sinalizam, porém, outras possibilidades de conformar a gestão, a exemplo da gestão da qualidade, da gestão estratégica e da gestão compartilhada/cogestão.

Convém assinalar o fato de que os gestores reconhecem a existência de desafios no processo de implantação das redes de atenção. Desse modo, um dos grandes desafios para os profissionais que atuam na atenção básica, principalmente gestores e equipe multidisciplinar, consiste justamente na dificuldade de equacionar a oferta organizada de serviços, baseada em uma análise técnica da situação de saúde da população de um determinado território, com o atendimento à demanda espontânea que bate à porta das unidades de saúde e que espera destes o acolhimento e resolução de seus problemas e de seu sofrimento.

Numa concepção ampliada ou sistêmica, as mudanças do atual modelo de atenção incluem três dimensões: gerencial ou político-institucional, relativa aos mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços; organizativa, que diz respeito ao estabelecimento das relações entre as unidades de prestação de serviços levando em conta a hierarquização dos níveis de complexidade tecnológica do processo de produção do cuidado; e técnico-assistencial, ou do cuidado, que diz respeito às relações estabelecidas entre os sujeitos das práticas e seus objetos de trabalho, relações estas mediadas pelo saber e tecnologia que operam no processo de trabalho em saúde, em vários planos, promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, e recuperação e reabilitação. Nessa perspectiva, a transformação do modelo de atenção para ser concretizada, exige a conjunção de propostas e estratégias com atuação sinérgica nas três dimensões. Mudanças parciais, entretanto, podem acontecer em cada uma das dimensões assinaladas, constituindo processos que podem facilitar transformações mais amplas (TEIXEIRA, 2006).

Entende-se que a constituição de RAS, resultam de uma determinação macropolítica para o SUS, em que devem ser traçadas estratégias que viabilizem o seu efetivo funcionamento, com vistas a responder às necessidades de saúde da população. Os esforços empreendidos em prol da construção de RAS encontra sustentação teórica, técnica, política e econômica nas evidências de que constituem uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de saúde (MENDES, 2012).

As RAS podem ser organizadas como arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros. Em geral, os serviços de menor densidade tecnológica como os de APS devem ser dispersos; por outro lado, os serviços de maior densidade tecnológica, como hospitais, unidades de processamento de exames de patologia clínica, equipamentos de imagem, entre outros, devem estar mais concentrados (WHO, 2007).

O modo de organizar as RASs define a singularidade de seus processos descentralizadores frente a outros setores sociais. Os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos, espacialmente, de forma ótima. A organização das RASs, para ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, tem de estruturar-se com base nos seguintes fundamentos: economia de escala, disponibilidade de recursos, qualidade e acesso; integração horizontal e vertical; processos de substituição; territórios sanitários; e níveis de atenção (MENDES, 2015).

No referente aos arranjos de gestão, evidencia-se que a maioria dos gestores implementou um Colegiado Gestor Local, o que denota a possibilidade de desenvolvimento de gestão compartilhada, conforme pode ser visualizado nas falas a seguir.

“... A gestão da UAPS é feita juntamente com o colegiado gestor, onde é colocado e discutido os processos de trabalho junto às equipes, onde nós aplicamos todo o conhecimento transmitido pela consultoria. Tudo o que a prefeitura tem aplicado tudo que a secretaria tem aplicado tem orientado, tentamos aplicar com flexibilidade, de acordo com a realidade...” (G01)

“... utilizamos o advento do colegiado gestor para implantação de diretrizes, realização de mudanças e adaptações de medidas com os profissionais da unidade, além dos conhecimentos adquiridos no curso de especialização e nas diretrizes de macro e micro processos formulados pela SMS, com Assessoria Técnica do Dr. Eugênio Vilaça e acompanhamento da tutoria na implantação dos processos de trabalho...” (G02)

“... gerência da UAPS no seu cotidiano é feita com colegiado gestor que só está em uma das UAPS que gerencio onde nos reunimos uma vez por mês na minha unidade, a gestão do trabalho serve para organizar os processos de trabalho em saúde nas UAPS dentro da organização dos processos estruturas e a consultoria nos dá embasamento para realizar todos os macro e micro processos...” (G04)

Denota-se que a formação do Colegiado Gestor Local ocorreu por recomendação da consultoria, atuante no município no processo de reorganização da APS. Neste sentido, a consultoria implementou apoio institucional, possibilitando reorientação dos processos de

trabalho e de gestão na APS. Tais colegiados foram compostos considerando a participação de, pelo menos representante de cada categoria profissional, na perspectiva de atuar no âmbito da tomada de decisões internas nas UAPS, caracterizando um lugar substantivo de poder, com capacidade de realização, com força positiva e criadora, conforme define Mendes (2015).

Consoante a proposição do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), o Colegiado Gestor da Unidade de Saúde desempenha diversas atribuições, dentre elas atuar no processo de trabalho da unidade, responsabilizar os envolvidos, acolher e encaminhar as demandas dos usuários; criar e avaliar os indicadores, sugerir e elaborar propostas.

O Colegiado gestor, no entanto, como proposta de cogestão não constitui advento deste processo de reorganização da APS em Fortaleza, conforme sinalizam os gestores. Embora com aparente descontinuidade, este modelo de cogestão foi experimentado no período da gestão municipal (2006-2012) (FORTALEZA, 2011d).

Nesse período, a proposta de atuação do colegiado foi pautada nas proposições de Campos (2003), sendo que nas UAPS desenvolviam rodas de gestão, em acordo com o Método Paidéia. Este método também pressupõe a inclusão de alteridades nos espaços de gestão, os quais se tornam complexos e contraditórios, requisitando, portanto, modos de geri-los, de conduzi-los, pois estão ocupados agora por sujeitos que portam distintos desejos, interesses e necessidades. Este método, porquanto, implica criação de espaços coletivos para o exercício da cogestão considerando a análise de demandas multivariadas, oferta de quadros de referência para sua compreensão e a construção e contratação de tarefas, numa perspectiva de corresponsabilização, considerando não somente a dimensão da produção de cuidado, mas também a coprodução de sujeitos e coletivos. Assim, o espaço da gestão a partir da experiência brasileira passa a ser compreendido também como exercício de método, uma forma e um modo de fazer as mudanças na saúde, considerando a produção de sujeitos mais livres, autônomos e corresponsáveis pela coprodução de saúde.

Entretanto, é importante afirmar que estes arranjos de gestão não devem se constituir em formas de funcionamento meramente prescritivas, mas se constituírem com nas experiências singulares de cada unidade de saúde, que se efetivam por meio de uma análise sempre aberta dos processos de trabalho em curso, o que nos convoca a construir novas formas de produzir intervenções (CECÍLIO, 2006).

No âmbito da execução das atividades gerenciais, a maioria dos gestores apontam um conjunto de atribuições que permitem implementar o modelo de gestão proposto, com vistas a conferir materialidade ao modelo de atenção, considerando as dimensões dos macro e microprocessos que compõem as diretrizes estabelecidas para a APS no município sob análise.

“... Minhas atribuições, como gestor de UAPS, hoje vai desde a manutenção da unidade até trabalhar também os processos de trabalho das equipes, setor pessoal, por exemplo (+). Você acaba fazendo escala de férias, programação de agenda, solicitação de materiais e como eu disse processos de trabalho até mapas de produção. Isso tudo é consolidado pelo gestor...” (G01)

“... acompanhamento de processo gerenciamento dos recursos humanos, monitoramento de indicadores planejamento e execução de ações em saúde, inclusive com as planilhas de monitoramento que utilizamos para esse fim...” (G02)

“... como principal função, tem a organização e monitoramento da produção de bens e serviços de saúde aos usuários da unidade. O gerente precisa tomar decisões que afetam o uso efetivo e eficiente dos insumos para que se atinja os resultados esperados. E para isso, é importante que suas decisões sejam tomadas de forma coletiva...” (G09)

“... supervisionar atendimento avaliar indicadores e prontuário eletrônico, solicitação de prioridade para consultas e exames, ou seja, regulação...” (G03)

“... as atribuições do gestor de UAPS é né organizar os fluxos da unidade né implantar alguns processos de trabalho alguns indicadores e ações dos profissionais a monitorar o serviço e atendimento ao público para poder tentar resolver as demandas, ser gestor hoje como é também trabalhar com a questão das doenças agudas também os atendimentos dos programas né como hipertensão e diabetes e eles também faz um atendimento de acolhimento diferenciando as situações de maior risco e vulnerabilidade...” (G05)

“... tenho que fazer com que os profissionais atendam os usuários dentro os protocolos pré-estabelecidos e também atende usuários de forma humanizada...” (G08)

“... Gerenciar os micro e macroprocessos que ocorrem na UAPS e implantando e coordenando as Diretrizes da SMS ou MS...” (G13)

“... Coordenar as ações de natureza assistencial, clinica, educativa e gerencial atendendo os indicadores epidemiológico, sociais da comunidade...” (G14)

“... organização do serviço na UAPS se dá seguindo os POP’s e fluxos implantados pela secretaria de saúde...” (G03)

É possível identificar que os gestores em sua maioria reconhecem os macro e microprocessos que se articulam para compor o Modelo de Atenção implementado no município.

De acordo com Mendes (2015), os macroprocessos da APS são aqueles que vão dar suporte ao atendimento das diversas demandas da população. São eles: a territorialização, o cadastramento das famílias, a classificação de riscos familiares, o diagnóstico local, a estratificação de risco das condições crônicas, a programação e o monitoramento por estratos de riscos, a agenda e a contratualização. O resultado da implantação dos macroprocessos deve ser monitorado e, alguns deles, devem ser auditados temporariamente. Microprocessos da APS são aqueles que garantem condições para a prestação de serviços de qualidade, especialmente no aspecto da segurança das pessoas usuárias. São eles: recepção, acolhimento e preparo; vacinação; curativo; farmácia; coleta de exames; procedimentos terapêuticos; higienização e esterilização; e gerenciamento de resíduos.

Como ferramenta de gestão de pessoas, este tipo de sistema permite que os gestores possam acompanhar os profissionais e, desta forma, conduzir da melhor maneira possível o que deve ser feito ao perceber algum problema relacionado a pontualidade e assiduidade. Já para o trabalhador, há a garantia de respeito à jornada de trabalho máxima, ao repouso, férias, intervalos e à saúde do profissional.

Para os indicadores gerados diariamente pelas Equipes a Secretaria de saúde formulou, tendo como base os relatórios dinâmicos de produção, as Planilhas de Monitoramento as ações desenvolvidas pelas equipes, podendo ser analisada de acordo com a categoria profissional, conforme descrito nos Anexos C, D, E, F e G.

Evidencia-se, ainda, o fato de que tais processos foram implementados de modo heterogêneo, considerando as especificidades das UAPS, conforme demonstra a fala do gestor expressa a seguir.

“... As estratégias e os dispositivos de gestão no processo de trabalho nós implantamos conforme orientações da Consultoria nós tivemos as oficinas e fomos trabalhando mês a mês na minha UAPS, que era laboratório, junto com as equipes. Fomos construindo o modelo que culminou na confecção do plano diretor da unidade, onde tem todo passo a passo, desde a construção da escala de trabalho agendas, os fluxos das redes de atenção para conhecimento dos profissionais dessa rede de atenção. Tudo isso foi construído mês a mês e depois nós fomos refinando, com isso às vezes uma coisa dava certo quem fazia comigo com a gente era o colegiado gestor, representado por categorias médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, ADM, ACS e a coordenação do representante do ISGH. Com isso esse colegiado ajuda a tomar as decisões no dia a dia, tudo com apoio da Regional, através do chefe de distrito, atenção primária, mas acho a tutora é quem já traz tudo bem mais mastigado vamos

assim dizer e nos ajudava colocar em prática os fluxos serem implantados na UAPS. Ter sido UAPS laboratório foi fenomenal. Não está tudo perfeito, mas é muito gratificante quando a gente vê vários processos implementados e funcionando e saber que isso será referência para o restante do Município...” (G01).

Denota-se a singularidade na execução dos processos gerenciais, que parece decorrente da implantação do Projeto UAPS Laboratório, no qual foram selecionadas unidades de saúde, as quais foram reformadas, do ponto de vista da estrutura física, além de se reorientar os processos de trabalho e os fluxos assistenciais, de modo que se constituíram modelo na implementação do macro e microprocessos. Assim, na medida em que esta implantação se mostrasse exitosa, deveria constituir modelo para os demais gestores de UAPS existentes SR, sendo realizada a ampliação da implementação do Modelo de Gestão/Atenção da APS proposto para o município.

Para ampliação da experiência das UAPS Laboratório, nas perspectivas de estender para as outras unidades, foi constituída uma Tutoria nas CORES, a qual passou a desempenhar um papel de apoio de institucional junto aos gestores. Nesse contexto, foram construídas 19 UAPS no município de Fortaleza, das quais sete foram no território da CORES VI (FORTALEZA, 2016).

No entanto, não foram contratados gestores para as novas unidades. Assim, o gestor que atuava na UAPS que já existia no território passou a executar também os processos gerenciais das novas UAPS. Por conseguinte, assumir a gestão de duas ou mais unidades simultaneamente, parece ter acarretado dificuldades na implantação do modelo de gestão/atenção, conforma sinaliza uma entrevistada.

“... temos o colegiado na unidade com representantes de cada categoria profissional, porém como tenho gerenciado duas UAPS não consigo realizar os encontros na regularidade que a UAPS necessita que seria de 15-15 dias para UAPS antiga e semanal para UAPS nova na minha opinião é claro, com isso a gente consegue fazer realmente a cada dois meses ou quando necessário...” (G05)

A fala demonstra um desafio a ser corrigido pela gestão Municipal de Fortaleza, assim como o quantitativo atual de 28 UAPS e uma policlínica para apenas uma regional de saúde, sendo a segunda com 22 UAPS no caso da SR V, situação heterogênea uma vez que o Município possui regional com apenas 12 UAPS no caso da SR II.

Ressalta-se que a gestão do trabalho, sob a égide do modelo de gestão dos serviços de saúde adotado, sofreu mudanças, inicialmente com ajustes na carga horária dos trabalhadores, que passaram a trabalhar 32 horas semanais, organizadas em turnos distintos, em unidades que funcionam 60 horas/semanais, o que também desencadeou dificuldades, particularmente no referente à comunicação entre gestores e trabalhadores e destes entre si.

“... a gestão do trabalho na atenção primária no município de Fortaleza tem sido um grande desafio para os gestores ao mesmo tempo em que se pensa na implantação de um modelo de atenção à saúde para o município de Fortaleza foi criado um processo de 8:00 uma readequação da carga horária dos Profissionais que são 40 horas semanais houve uma readequação para 32 horas no qual 32 horas ficarão para assistência e 8:00 educação Permanente em saúde então a gestão desse processo de trabalho dessa questão da gestão do Trabalho em saúde o que tem ficado dentro de uma questão em que nós temos uma certa dificuldade com relação a isso alguns dispositivos têm sido utilizados adequação das agendas que são planejadas a partir do território e da população em que essas equipes de saúde da família tem responsabilidade o agendamento a partir de blocos de horas mas temos uma grande dificuldade de realização de reuniões na unidade também pela falta de horário nós temos dificuldade em reunir os ao mesmo tempo e uma dificuldade dos profissionais compreenderem que essas 8:00 devem ser usadas para isso para planejamento das equipes...” (G12).

A gestão do trabalho no Município de Fortaleza sofreu profundas mudanças desde 2013, dentre elas podemos citar inegavelmente algumas que interferem diretamente na Gestão do trabalho/organização do processo de trabalho em saúde nas UAPS, em relação a carga horária dos profissionais do município, que passou a ser desenvolvida contando com 32 horas de atividades inerentes ao atendimento direto a população e oito horas destinados à educação permanente, o que fez com que as atividades de trabalho dos profissionais fossem desenvolvida através de escalas de trabalho distribuídas em quatro turnos de seis horas seja manhã ou tarde e um dia de oito horas; 2. Horário de funcionamento da UAPS: este teve seu horário de abertura ampliado de 40 horas semanais para 60 (FORTALEZA, 2016).

Houve referência a importância da realização do Curso de Especialização que instrumentalizou os gestores na implantação dos processos, assim como o apoio institucional dos tutores.

“... A gestão do trabalho, ou seja, a organização do processo de trabalho em saúde na UAPS para organização dos processos de trabalhos nós utilizamos o advento do colegiado gestor para realização de mudanças e adaptações de medidas com os profissionais da unidade além dos conhecimentos adquiridos no curso de especialização e nas diretrizes de macro e micro processos formulados pela SMS com Assessoria Técnica do Doutor Eugênio Vilaça e acompanhamento da tutoria na implantação dos processos de trabalho...” (G02)

É possível afirmar que para gerir os serviços sobretudo os relacionados à saúde fazem-se necessário um aprimoramento técnico, antes direcionados sobretudo aos Secretários de Saúde, o município de Fortaleza em parceria com as Escola de Saúde Pública do Ceará ofertou uma Especialização específica para os gestores em APS.

3.3 MODELO DE ATENÇÃO ADOTADO NA APS: PROPOSIÇÃO, AVANÇOS E DESAFIOS TÉCNICO-GERENCIAIS E ASSISTENCIAIS

Nesta seção, discutem-se aspectos relacionados ao modelo de atenção à saúde proposto para reorientação da APS, evidenciando-se alguns de seus avanços e desafios técnico-gerenciais e assistenciais, com base nas falas dos gestores.

Neste sentido, os gestores sinalizam a implementação do denominado Modelo de Atenção às Condições Crônicas, conforme proposto pela SMS, destacando os modos como desenvolvem as práticas de cuidado, no sentido de atender às necessidades de saúde do território.

“... modelo de atenção primária em saúde que está em vigência no município de Fortaleza é o que está sendo proposto, como modelo de atenção às condições crônicas ou MACC, que visa organizar atenção a partir das condições crônicas na comunidade e estratificação dessas condições. Foram eleitas algumas condições crônicas que foram consideradas prioritárias. Então uma série de questões e processos foram disparados para trabalhar esse modelo...” (G 12).

“... O modelo vigente hoje é o modelo de atenção as condições crônicas com retaguarda aos eventos agudos...” (G 04).

Desse modo, identifica-se que o atendimento aos usuários se dá com base na estratificação de risco no que se refere às condições eleitas como prioritárias, conforme evidenciado na fala dos gestores, destaca-se a atenção às seguintes condições: hipertensão, diabetes, gestação e infância. Neste sentido, passou-se a realização classificação dos usuários com base na estratificação de risco, com posterior parametrização das agendas dos profissionais.

Percebe-se que no processo reorientação da APS no município de Fortaleza, mediante a implementação do MACC, ocorreram mudanças na oferta de ações e serviços, bem como reorganização das agendas dos profissionais, no sentido de atender tanto a demanda das programáticas, quanto ampliar o acesso de usuários com queixas agudas na demanda espontânea.

As principais variáveis incorporadas no MACC são: diretrizes clínicas baseadas em evidência; sistema de identificação das pessoas usuárias; estratificação da população em subpopulações por riscos; registro das pessoas usuárias por condição de saúde e por riscos; prontuários eletrônicos; sistema de lembretes, alertas e *feedbacks* como funcionalidades dos prontuários eletrônicos; sistema de acesso regulado à atenção à saúde; continuidade da atenção: oferta de cuidados primários, secundários e terciários integrados; atenção integral: oferta de cuidados promocionais, preventivos, curativos, cuidadores, reabilitadores e paliativos; plano de cuidado individual; autocuidado apoiado; uso de ferramentas de gestão da clínica: gestão das condições de saúde e gestão de caso; coordenação da RAS pela APS; suporte especializado à APS; educação permanente dos profissionais de saúde; educação em saúde das pessoas usuárias; presença de profissional de saúde comunitária; e articulação do sistema de atenção à saúde com os recursos comunitários (MENDES, 2007).

Entende-se que as condições crônicas apresentam um ponto em comum: elas persistem e necessitam de certo nível de cuidados permanentes. Além disso, as condições crônicas compartilham algumas características preocupantes: estão aumentando no mundo e nenhum país está imune ao impacto causado por elas; representam um sério desafio para os atuais sistemas de saúde no tocante à eficiência e efetividade e desafiam nossas capacidades em organizar sistemas que supram as demandas iminentes; causam sérias consequências econômicas e sociais em todas as regiões e ameaçam os recursos da saúde em cada país; podem ser minimizadas somente quando os líderes do governo e da saúde adotarem mudanças e inovações (OMS, 2003).

Convém assinalar que na atenção à demanda espontânea, por eventos agudos, foi adotado um protocolo de classificação de risco, com vista a atender prioritariamente os agravos mais graves, conforme estabelecido no Caderno 28 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Dessa forma, as queixas do paciente com evento agudo, são avaliadas pelo profissional enfermeiro, que deve classificar o paciente por cores, conforme determina o fluxo descrito no anexo B, definindo tempo de atendimento, diminuindo risco de agravamento no estado de saúde do paciente. Para dar maior agilidade no atendimento aos usuários com eventos agudos, foi implantada, no Prontuário Eletrônico a classificação em cores do Caderno 28, com descrição em POP disponibilizado para todas as UAPS.

Na organização das práticas assistenciais, reconhece-se que o esforço para o estabelecimento de maior articulação da APS com demais equipamentos das redes de atenção,

com vistas a assegurar a continuidade do cuidado aos usuários com condições crônicas, tem-se constituído um desafio na perspectiva dos gestores.

“... A articulação das UAPS com os demais níveis de atenção tem sido o grande desafio você não tem um sistema de informação Universal. Eu não tenho como saber o que atenção secundária e terciária está fazendo. Isso é um complicador a gente tem percebido isso até mesmo na Policlínica, embora hoje não mais, porque estamos com laços estreitados, mas enquanto o sistema de informação não foi integrado entre os diversos níveis de atenção, teremos essas dificuldades. A pessoa que está lá no ponto de atenção não consegue se comunicar com outro ponto de atenção a prática estímulo dos fluxos eu acho que poderia ser melhor muitas vezes agente necessitaria dessa comunicação mais próxima. Foi pautado na consultoria e nas oficinas, mas em algum momento faltou uma certa aproximação a nível de SMS com atenção primária e entre os profissionais para que a gente possa alinhar porque ouve muito ruído e como é muita gente então esse ruído demora para que seja esclarecido...” (G 01).

“... E agora nós temos também a Policlínica na Regional VI, que vai dar continuidade ao modelo de atenção proposto, onde encaminhamos pacientes com perfil de atendimento e o que foi também muito importante é o fato de ser integrado com o prontuário eletrônico vigente no Município o que garante uma referência e contra referência seguros ao paciente...” (G 06).

Nestes termos, tanto a regulação quanto a gestão da fila de espera ficam prejudicados em decorrência da ausência de um sistema de informação que integre todos os pontos das redes de atenção.

Foram apontadas também outras linhas de cuidado, assim como as dificuldades com o sistema nacional vigente de regulação:

“... E temos também o sistema UNISUS onde colocamos o paciente no sistema se houver vaga coloca-se e agendamos, bem na prática dos fluxos e processos na maioria das vezes consigo sim o que eu não consigo o que tenho dificuldade está sendo nas consultas especializadas que com a inauguração da Policlínica que é recente deu uma melhorada significativa em relação aos especialistas, mas temos um gargalo que são os exames especializados...” (G 06).

Na prática, evidencia-se a existência de uma linha de cuidado que está se fortalecendo no âmbito da APS, mas ainda fragilizada na atenção secundária, o que requer maior capacidade do sistema de definir, regular e acompanhar adequadamente os fluxos dos usuários.

Considera-se que uma mudança fundamental na atenção à saúde para a aplicação do MACC na ESF está na introdução de novas formas de atenção profissional na clínica. As

evidências que sustentam esse movimento estão definidas no MCC e constituem, juntamente com novas relações entre especialistas e generalistas, as mudanças propostas pelo elemento desenho do sistema de prestação de serviços desse modelo (MENDES, 2012).

A regulação assistencial é o conjunto de relações, saberes, tecnologias e ações que intermedeiam a demanda das pessoas usuárias por serviços de saúde e o acesso a eles segundo diferentes perfis de demanda e de oferta (BRASIL, 2006; CONASS, 2011).

A relação de matriciamento deve ser, além de técnica, quando diferentes saberes se encontram, também de vínculo pessoal sendo imprescindível o conhecimento mútuo entre especialistas e equipe da APS, ancorado em trabalho clínico conjunto (MENDES, 2015).

Os prontuários clínicos eletrônicos são instrumentos fundamentais para a organização do processo decisório clínico, vez que padronizam a informação de saúde que é heterogênea, inerentemente produzida, complexa e pouco estruturada. Essa padronização permite reduzir a complexidade e produzir decisões mais eficientes e efetivas (MENDES, 2012).

O mesmo prontuário clínico eletrônico implantado em rede, ou seja, no conjunto de pontos de atenção e nos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e no sistema de assistência farmacêutica, representa um instrumento poderoso para garantir a coordenação da atenção à saúde.

A ação intersetorial é entendida como as relações entre partes do setor saúde com partes de outros setores, estabelecidas com o objetivo de desenvolver projetos que levem a melhores resultados sanitários, de forma efetiva, eficiente e sustentável, que não seriam obtidos com a ação isolada do setor saúde (WHO, 2007).

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A organização dos processos de gestão em saúde na APS contribui para o desencadeamento de práticas que retratem tecnicamente o delineamento das necessidades de saúde da população e adéquem as intervenções. As pessoas transitam continuamente e crescentemente em espaços contíguos a seus locais de residência, por meio da integração horizontal, o que exige por parte dos gestores interseções intersetoriais e um dinamismo de maior articulação com as outras unidades e níveis de complexidade do sistema.

No Brasil, de acordo com o texto constitucional de 1988, definiu-se a estratégia de regionalização por meio da organização de redes de atenção como elemento essencial para a garantia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, com isso as ações e serviços de saúde conformam uma rede regionalizada e integrada no SUS.

As adversidades econômicas e políticas no âmbito nacional culminaram na ampliação da governabilidade e da execução municipais, no tocante às ações e serviços de saúde, tendo como base o princípio da descentralização. Com isso, embora haja uma diretriz única advinda do âmbito federal, representada pelo Ministério da Saúde, os municípios têm autonomia para delinear o Modelo de Gestão e Atenção aplicado à população sob sua responsabilidade.

Tendo como base adicional os estudos epidemiológicos e regradados pela crescente escassez de recursos, os municípios tendem a direcionar o modelo para ações prioritárias com maior abrangência para população, com isso o Município de Fortaleza, por meio de seus gestores entenderam que, para a assistência aplicada na ESF, hoje não mais se concebe a construção de agendas de atendimento dissociadas do estudo epidemiológico dos agravos às condições prevalentes na área de abrangência da ESF, com isso identificam-se ESFs na mesma UAPS, com programação de agendas apresentando quantitativos diferentes de ação.

A pesquisa foi realizada na maior regional de saúde de Fortaleza/Ce, em extensão territorial, a que possui o maior número de UAPS e a que mais inaugurou novas UAPS, o que resultou em reterritorialização das áreas de abrangência, daí decorrendo profundas mudanças em diversos aspectos para a população assistida.

Ao final do estudo, por meio do resultado das entrevistas, podemos concluir que os objetivos propostos pela pesquisa produziram os seguintes resultados:

Dos gestores entrevistados, 50% têm como formação a graduação em Enfermagem e 71 % são do sexo feminino. Os gestores entendem que gestão em saúde atravessa planejamento, execução, avaliação e monitoramento das atividades e dos indicadores em saúde, com o intuito de prestar um serviço com qualidade à população adstrita, sendo eles um potencial agente transformador da realidade.

É possível afirmar que houve inúmeras e profundas mudanças na APS de Fortaleza em todos os sentidos, que vai desde o horário de funcionamento da própria UAPS até a cobertura dessas equipes quais sejam:

- possuir muitas equipes completas de profissionais médicos;
- realizar acolhimento diário dos usuários com ênfase nas condições agudas;
- estabelecer horário de funcionamento de 7 às 19hs;
- conseguir a inauguração de mais sete UAPS, proporcionando incremento na estrutura física e ambiência das mesmas, ampliando o acesso a população;
- inaugurar uma Policlínica com proposta de continuidade da linha de cuidado;
- apoiar os processos de trabalho por meio de Consultoria contratada;
- efetuar mudança da carga horária dos profissionais de médicos, enfermeiros, dentistas e ACS para 32 horas semanais e oito horas para educação permanente;
- aplicar protocolo de estratificação de risco para embasar a linha de cuidado e a formulação das agendas das equipes;
- implantar Prontuário *Fast Medic*, com desenvolvimento para inclusão das diretrizes clínicas das condições crônicas e capacitação dos profissionais para utilização da ferramenta;
- realizar eleição pública para o cargo de gestor das UAPS;
- ofertar curso de especialização para os gestores;
- constituir Colegiado Gestor nas UAPS;
- elaborar e aplicar ferramenta de biometria para monitoramento de recursos Humanos nas UAPS;
- e
- fortalecer parcerias anteriores e estabelecer novas parcerias com equipamentos sociais, visando executar atividades de educação em saúde, como por exemplo, na ocasião de reformas e barreiras sociais.

Para pontuar os desafios necessário conclui-se que os avanços são por si só um desafio suplantado. Além disso, evidenciam-se outros desafios, quais sejam:

- Quantitativo desproporcional de UAPS para uma única regional de saúde, diferentemente das demais regionais;
- inaugurações recentes com profunda redivisão de território, impactando na compreensão sobre o sistema sobre o acesso, por parte da população;
- ausência de gestores exclusivos nas novas UAPS;
- resistência de alguns profissionais em usar as tecnologias, a exemplo da estratificação de risco;
- existência de equipes incompletas de profissionais;
- pequeno ou nulo empoderamento dos usuários quanto à responsabilidade por seu processo saúde/doença, sendo irrisória a capacidade de autocuidado;
- desmotivação dos profissionais da atenção primária a saúde, em relação às condições de trabalho e às propostas do novo modelo;
- pouco uso ou frágil desempenho no uso das tecnologias leves, como, a título de exemplo, os grupos operativos e o matriciamento; e
- frágil implantação da carga horária de educação permanente.

A reorganização da APS, em Fortaleza/Ce tem sido pautada como uma proposta prática que contempla a articulação das RASs, pela reestruturação do trabalho das equipes de APS e das Unidades de Saúde, com desenvolvimento de novos calendários e agendas de trabalho, por meio do MACC, dos POP, da Regulação Assistencial aos eventos agudos e da atenção às condições crônicas não agudizadas.

Ao final, percebe-se que os gestores entendem a proposta do Modelo aplicado na APS de Fortaleza/Ce e certamente o maior desafio de todos é sempre fortalecer a Atenção Primária, mantendo-a ordenadora e coordenadora do cuidado na RAS.

Como recomendação, sugere-se que outras pesquisas com a mesma temática sejam realizadas, no intuito de acompanhar a manutenção do modelo, assim como possíveis mudanças, uma vez que o mundo acadêmico tem a obrigação de refletir criticamente sobre os processos da atenção à saúde que afetam a vida de nossos cidadãos.

REFERÊNCIAS

- ABREU-DE-JESUS, W.L. SUS-Alagoíhas: um modelo de gestão/atenção para a transformação de sujeitos e coletivos. **Divulgação em Saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 36, p. 61-75, ago. 2006.
- ANDRADE, L.O.M. *et al.*. Saúde mental e cidadania: a resposta de Fortaleza, Ceará. **Divulgação em saúde para debate**, Rio de Janeiro, n. 40, p. 57-71, jun. 2006.
- ASSIS, M.M.A. *et al.*. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: EDUFBA, 2010. 182 p.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Ed. 70, 2010.
- BELL, J. **Doing your research project: a guide for the first-time researchers in education and social science**. 2. reimp. England: Open University Press, 1989.
- BRASIL. Casa Civil. 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**. Brasília: Casa Civil, 2011 a.
- _____. **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. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- _____. **Lei n. 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 29 dez. 1990.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007.
- _____. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Visa promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes. Ministério da Saúde. Brasília, 2006.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Gestão participativa e cogestão** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. **Resolução n.466-96**. Brasília, DF, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Curso de autoaprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde** Brasília, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. **Informativo eletrônico**. Brasília, DF, 2010 a. Disponível em: . <www.saude.gov.br>. Acesso em: 15 nov. 2016.

_____. PROGRAMA NACIONAL DE AVALIAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE. **Resultado do processo avaliativo 2004-2006**. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. 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** . Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. dez. 2010b.

BUSS, P.M., and LABRA, ME., orgs. **Sistemas de saúde: continuidades e mudanças** . Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

CAMPOS, G. W. S., "Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão." **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 2, n. 1, p. 43-44, 2007.

_____. **Saúde Paidéia**, v. 4, n. 5, São Paulo, 2003.

_____. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 24, n. 2, 2015.

CECÍLIO, L. C. O.; ARAÚJO, E. C; REIS, D. O. **Políticas Públicas de Saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde: Módulo Gestor**, Brasília, 1997.

CECÍLIO, L. C. de O. & MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R; FERLA, A. A. & MATTOS, R. A. (Orgs.) **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: Uerj, 2006.

CECÍLIO, L.C.O.; MEHRY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Construção da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ, 2003, p.197-210.

CODATO, A. N. Uma história política da transição brasileira: da ditadura militar à democracia. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba, n. 25, p. 83-106, nov. 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Regulação em saúde**. Brasília: CONASS/ Ministério da Saúde, 2011.

CORBO, A. D´A. *et al.* Saúde da Família: construção de uma estratégia de atenção à saúde. In: MOROSINI, Marcia Valeria; CORBO, Anamaria D´Andrea. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

CUNHA, L. H. Da 'tragédia dos comuns' à Ecologia Política: perspectivas analíticas para o manejo comunitário dos recursos naturais. **Raízes**, v. 23, n. 1/2, 2004.

FIDEL, Raya. The case study method: a case study, In: GLAZIER, Jack D. & POWELL, Ronald R. **Qualitative research in information management**. Englewood, CO: Libraries Unlimited, 1992.

Filho, A. T. **Geração Y, Geração X e Baby Boomers: Sinergia ou Cisão em Projetos?**, 2010 Disponível em: <<http://www.artigonal.com/gerde-projetos-artigos/geracao-y-geracao-x-e-babyboomers-sinergia-ou-cisao-em-projetos3924402.html>>. Acesso em: 03 nov.2016.

FINKELMAN, Jacobo (Org.) **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 328p.

FLEURY, S. M. T. & OUVÉRY, A. M. **Gestão de redes: a estratégia de regionalização da Política de saúde**. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de saúde. **Mapa Estratégico 2014a**. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/sms/mapa-estrategico>>. Acesso em: 6 abr. 2014a.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Plurianual 2014-2017 do Município de Fortaleza**. Disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/sites/default/files/ppa_final.pdf>. Acesso em: 6 abr. 2014b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2014 – 2017**. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2014c.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza 2010 – 2013**. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2011d.

GONDIM, R. *et al.* Organização da Atenção. In: GONDIM, R.; GRABIOS, V.; MENDES JR., W. V. (Orgs.). **Qualificação de Gestores no SUS**. Rio de Janeiro: EAD, 2009.

GONTIJO, A.M.L. **Humanização da assistência à saúde para enfermeiros: significados e práticas no contexto hospitalar.** Rio de Janeiro, 2012.

GUIMARÃES, J.M.X. **Inovação e gestão em serviços de saúde mental: incorporação de tecnologias e reinvenção no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial.** Rio de Janeiro, 2012.

JESUS, Washington Luiz Abreu de. **Planejamento em saúde no SUS: o caso da secretaria da saúde do estado da Bahia 2007-2009.** Salvador, 2012.

LAKATOS, Eva Maria & MARCONI, Marina de Andrade. **Técnicas de pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.,** São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LAZZARATO, M. **As revoluções do capitalismo.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

LIMA, Julio Cesar França. Bases Histórico-Conceituais para a Compreensão do Trabalho em Saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros (Org). **O processo histórico do trabalho em saúde.** Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 57-96.

LITTLE, P.E. Ecologia Política como etnografia: uma guia teórica e metodológica. **Horizontes Antropológicos,** v. 5, n. 25, 2005.

MATTIA, M.S. **Avaliação do impacto dos gastos públicos da campanha de publicidade de combate à Dengue do Ministério da Saúde.** Brasília, 2011.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais, 2007.

_____. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

_____. **A Construção Social da Atenção Primária à Saúde.** Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

_____. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il.

MERHY, E.E. *et al.* **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde.** São Paulo: Hucitec; 2006.

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 24. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MONNERAT, G.L. et al.; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Da Seguridade Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista katálysis**. v.14, n.1, jan./jun, 2011.

NUNES, P. H. F. A Influência dos recursos naturais na transformação do conceito de território. **Questiones Constitucionales**, v. 5, n. 15, jul./dez., 2006.

OLIVEIRA, H.M.; GONCALVES, M.J.F; PIRES, MORETTI, R.O. Caracterização da estratégia saúde da família no estado do Amazonas, Brasil: análise da implantação e impacto. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 35-45, jan. 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**. Brasília: Organização Mundial da Saúde, 2003.

OUVERNEY, AM., and NORONHA, JC. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013.

PAIM, J. S. & ALMEIDA FILHO, N. 2002. **A crise da saúde pública e a utopia da saúde**. Coletiva. Salvador: Casa da Qualidade, 2002.

PIERANTONI, C.R.; VARELLA, T.C.; SANTOS, M.R.; FRANÇA, T.; GARCIA, A.C. Gestão do trabalho e da educação em saúde: recursos humanos em duas décadas do SUS. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 685-704, 2008.

PONTE, J.P. Estudos de caso em educação matemática. *Bolema*, v. 25, p. 105-132. Este artigo é uma versão revista e atualizada de um artigo anterior: PONTE, J. P. O estudo de caso na investigação em educação matemática. **Quadrante**, v. 3, n.1, p3-18, 2006.

PORTER, M.E. & TEISBERG, E.O. **Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman Companhia, 2007.

RIVERA, F. J.; ARTMANN, E. Planejamento e gestão em saúde: flexibilidade metodológica e agir comunicativo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n. 4, 1999.

SAMPAIO J, ARAUJO Jr JL, Análise das políticas públicas: uma proposta metodológica para o estudo no campo da prevenção em AIDS, **Rev. Bras. Saúde Materna. Infant.**, Recife, v. 6, n. 3, p. 335-346, jul./set., 2006.

SAMPAIO, J. J. C.; SANTOS, A. W. G.; ANDRADE, L. O. M. Saúde mental e cidadania: um desafio local. In: MENDES, E.V. (org.). **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SAMPAIO, J.J.C.; GUIMARÃES, J.M.X.; CARNEIRO, C.; GARCIA FILHO, C. O trabalho em serviços de saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica: um desafio técnico, político e ético. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4685-4694, dez. 2011.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SILVA JÚNIOR, A. G. & MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R. (Orgs.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS, Uerj, 2004.

TEIXEIRA, C. F. **Planejamento em Saúde: conceitos, métodos e experiências**. Salvador: EDUFBA, 2010.

TEIXEIRA, C. F. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: EDUFBA, 2006.

TESTA M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas/Abrasco , 1992.

URIBE, RFJ. A gestão situacional (em saúde) e a organização comunicante. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 5, n. 3, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - **Health Equity Team, Commission on Social Determinants of Health – Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health**. Discussion paper. Draft 5, 2007.

YIN, R. **Case Study Research: Design and Methods**. 2.ed. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 1994.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Pedido de Anuência para realização de pesquisa

PEDIDO DE ANUÊNCIA PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA



Fortaleza, 27 de setembro de 2016.

Ilma. Maria Ivanília Tavares Timbó

Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (COGETS)

Secretaria Municipal de Saúde

Prefeitura de Fortaleza

Venho, por meio deste, solicitar à COGETS pedido de anuência para a realização da pesquisa intitulada: **“MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA- CEARÁ ”**

A presente proposta de pesquisa tem como temática e eixo central Modelo de Gestão. Esta pesquisa tem como objetivo A presente pesquisa tem por objetivo geral apreender a percepção dos gestores das Unidades de Atenção Primária à Saúde sobre o modelo de gestão em saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde do Município de Fortaleza-Ce. Os objetivos específicos, que se articulam para o alcance do objetivo geral, são: descrever o perfil dos gestores das Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza-Ce; e identificar e compreender os modelos de gestão em saúde que são praticados e que se pretendem praticar. O presente estudo terá como as UAPS da Regional VI. A organização dos processos de gestão em saúde na Atenção Primária à Saúde contribui para o desencadeamento de práticas que retratem tecnicamente o delineamento das reais necessidades de saúde da população e adéquem as intervenções necessárias. Importante se faz, ao tratarmos a questão, que se relembre aspectos históricos da APS. Evidências apontam que não é mais possível conviver com modelos antigos de gestão baseados em modelos hierárquicos, na burocratização do trabalho, pois a cultura contemporânea propõe fluxos organizacionais participativos e integrativos. Assim terei como base para essa detecção documentos publicados pela Secretaria Municipal de Saúde e produto das entrevistas da pesquisa cruzados com a documentação vigente. O estudo será realizado durante o período de dois meses, de outubro e novembro de 2016. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semi estruturada com perguntas abertas e fechadas, que será conduzido pela pesquisadora responsável.

Informo que o referido projeto de pesquisa será submetido à Plataforma Brasil para parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. Informo, ainda, o prévio conhecimento das responsabilidades frente à pesquisa, assim como garanto a ciência quanto ao que me compete como pesquisador.

Dessa forma, apresento em anexo o projeto de pesquisa e reitero o pedido de anuência para a realização da pesquisa na cidade de Fortaleza-CE.

Aline Gouveia Martins

Articuladora da Atenção Primária em Saúde - Mestranda em Saúde da Família - UECE

Pesquisadora responsável pela proposta de pesquisa

APÊNDICE B – Ofício de autorização para pesquisa

OFÍCIO DE AUTORIZAÇÃO PARA A PESQUISA



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF

Av. Paranjana, nº 1700 – *Campus* do Itaperi – CEP: 60740-000 Serrinha.

Fortaleza – Ceará – Brasil. Fone: (85) 3292-7413

Ilma. Maria Ivanília Tavares Timbó
 Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (COGETS)
 Secretaria Municipal de Saúde
 Prefeitura de Fortaleza

Cumprimentando-os cordialmente, venho por meio deste, solicitar a COGETS autorização para realizar a pesquisa intitulada “MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA- CEARÁ, conforme projeto em anexo, de responsabilidade da mestrandia Aline Gouveia Martins, CPF: 729.234.583-20, enfermeira, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede RENASF, sob a orientação da Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio.

A presente proposta de pesquisa tem como temática e eixo central Modelo de Gestão. Esta pesquisa tem como objetivo geral apreender a percepção dos gestores das Unidades de Atenção Primária à Saúde sobre o modelo de gestão em saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde do Município de Fortaleza-Ce. Os objetivos específicos, que se articulam para o alcance do objetivo geral, são: descrever o perfil dos gestores das Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza-Ce; e identificar e compreender os modelos de gestão em saúde que são praticados e que se pretendem praticar. O presente estudo terá como as UAPS da Regional VI. A organização dos processos de gestão em saúde na Atenção Primária à Saúde contribui para o desencadeamento de práticas que retratem tecnicamente o delineamento das reais necessidades de saúde da população e adéquem as intervenções necessárias. Importante se faz, ao tratarmos a questão, que se lembre aspectos históricos da APS . Evidências apontam que não é mais possível conviver com modelos antigos de gestão baseados em modelos hierárquicos, na burocratização do trabalho, pois a cultura contemporânea propõe fluxos organizacionais participativos e integrativos. Assim terei como base para essa detecção documentos publicados pela Secretaria Municipal de Saúde e produto das entrevistas da pesquisa cruzados com a documentação vigente. O estudo será realizado durante o período de dois meses, de outubro e novembro de 2016. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semi estruturada com perguntas abertas e fechadas, que será conduzido pela pesquisadora responsável.

Informo que o referido projeto de pesquisa será submetido à Plataforma Brasil para parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. Informo, ainda, o prévio conhecimento das responsabilidades frente à pesquisa, assim como garanto a ciência quanto ao que me compete como pesquisador.

Informo que o referido projeto de pesquisa será submetido à Plataforma Brasil para parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. Informo, ainda, o prévio conhecimento das responsabilidades frente à pesquisa, assim como garanto a ciência quanto ao que me compete como pesquisador.

Fortaleza, 20 de dezembro de 2016.

Atenciosamente,

Aline Gouveia Martins

Pesquisadora responsável pela proposta de pesquisa

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EM SERES HUMANOS



A Pesquisa Modelos de gestão em saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família tem como temática e eixo central Modelo de Gestão, tem como objetivo apreender a percepção dos gestores das Unidades de Atenção Primária à Saúde sobre o modelo de gestão em saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde do Município de Fortaleza-Ce. Os objetivos específicos, que se articulam para o alcance do objetivo geral, são: descrever o perfil dos gestores das Unidades de Atenção Primária à Saúde do município de Fortaleza-Ce; e identificar e compreender os modelos de gestão em saúde que são praticados e que se pretendem praticar. O presente estudo terá como as UAPS da Regional VI. A organização dos processos de gestão em saúde na Atenção Primária à Saúde contribui para o desencadeamento de práticas que retratem tecnicamente o delineamento das reais necessidades de saúde da população e adéquem as intervenções necessárias. Importante se faz, ao tratarmos a questão, que se relembre aspectos históricos da APS. Evidências apontam que não é mais possível conviver com modelos antigos de gestão baseados em modelos hierárquicos, na burocratização do trabalho, pois a cultura contemporânea propõe fluxos organizacionais participativos e integrativos. Assim terei como base para essa detecção documentos publicados pela Secretaria Municipal de Saúde e produto das entrevistas da pesquisa cruzados com a documentação vigente. O estudo será realizado durante o período de dois meses, de maio a junho de 2016. Tem como pesquisador Aline Gouveia Martins, aluno do Curso de Mestrado profissional em Saúde da Família/ FIOCRUZ e Universidade Estadual do Ceará, sob a orientação do Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio. Justifica-se pela possibilidade de fomentar a produção acadêmica no campo da gestão em saúde, de promover reflexão crítica dos gestores e profissionais acerca dos modelos de gestão adotado. Para realização do estudo serão realizadas entrevistas do campo empírico e análise de documentos. Convidamos você a participar do estudo, assegurando – lhe a isenção de quaisquer gastos materiais e/ou financeiros, o total anonimato e o sigilo das informações fornecidas, buscando respeitar a sua integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento. Sua participação não é obrigatória e a sua recusa, em participar do estudo, não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Caso aceite participar, a sua entrevista será realizada por meio de entrevista semi estruturada com perguntas abertas e fechadas será conduzido pela pesquisadora responsável, marcada com antecedência em local e horário determinado por você. As observações serão registradas em diário de campo. Desse modo, esclarecemos que os riscos da pesquisa estão relacionados ao possível constrangimento a respeito de algumas questões a serem respondidas, enquanto os benefícios não são diretos aos participantes da pesquisa, mas a todos que trabalham nas UAPS, considerando que poderá contribuir para mudanças nas práticas de gestão nesse campo empírico. Neste sentido, tornam-se mínimos os riscos. O pesquisador estará obrigado a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à sua saúde. Em qualquer momento poderá solicitar maiores

informações sobre o estudo. Ressaltamos que As informações obtidas na pesquisa serão tratadas de forma confidencial, sendo utilizadas para escrever o trabalho que atribuirá o título de Mestre em saúde da família ao pesquisador e para publicação em livros e periódicos científicos na área da saúde. Caso necessite de esclarecimentos ou comunicar desistência, você poderá entrar em contato com o pesquisador e/ou orientador pelo telefone (85) 98806-7827. Caso concorde em participar do estudo, você assinará duas cópias deste documento que também será assinado pelo pesquisador, ficando uma cópia com você. Desde já, agradecemos a sua colaboração. Endereço:

Telefone para contato: (85) 2392-7413

Horário de atendimento: 8-17 horas de segunda à sexta.

Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, CE.

Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos COÉTICA

Universidade Estadual do Ceará.

Av. Dedé Brasil

Bairro SERRINHA

Email: cepe@uece.br

Assinatura do Participante

Aline Gouveia Martins

Telefones: 32490227-988067827-999754257

E-mail: alinegouveiamartins@yahoo.com.br

Fortaleza, _____ de _____ 2016.

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE:
Av. Dr. Silas Muguba, 1700, Campos do Itaperi, CEP 60.714-903, Fortaleza - CE.
Telefone para contato: (85) 3101-9890

APÊNDICE D – Consentimento pós esclarecido

CONSENTIMENTO PÓS ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador (a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Fortaleza-Ce, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante ou Representante Legal

Impressão dactiloscópica

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE E - Instrumento de Coleta de Dados – Entrevista semi-estruturada

Adaptado da Tese de Doutorado de Guimarães, José Maria Ximenes. Inovação e gestão em serviços de saúde mental: incorporação de tecnologias e reinvenção no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial / José Maria Ximenes Guimarães. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Doutorado em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2012.

PROJETO DE PESQUISA:

PESQUISADOR: Aline Gouveia Martins **ORIENTADOR:** Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Adaptada da Tese de Doutorado intitulada Inovação e gestão em serviços de saúde mental: incorporação de tecnologias e reinvenção no cotidiano dos Centros de Atenção Psicossocial / José Maria Ximenes Guimarães. – 2012.

Entrevista:

Data: ___/___/20106

Início: _____ Término: _____

1 PERFIL DO ENTREVISTADO:

1.1. Idade(anos):_____ 1.2. Sexo: _____

1.3. Formação: _____

1.4. Pós-graduação: () Sim () não. Em que área? _____

1.5. Tempo de formado: _____

1.6. Cargo/função: _____

1.7. Vínculo empregatício na administração municipal: _____

1.8. Tempo no cargo: _____

2 QUESTÕES ORIENTADORAS SOBRE A GESTÃO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

2.1 Concepções sobre gestão em saúde

2.2. Experiências de gestão

2.3. Quais suas atribuições enquanto gestor da UAPS?

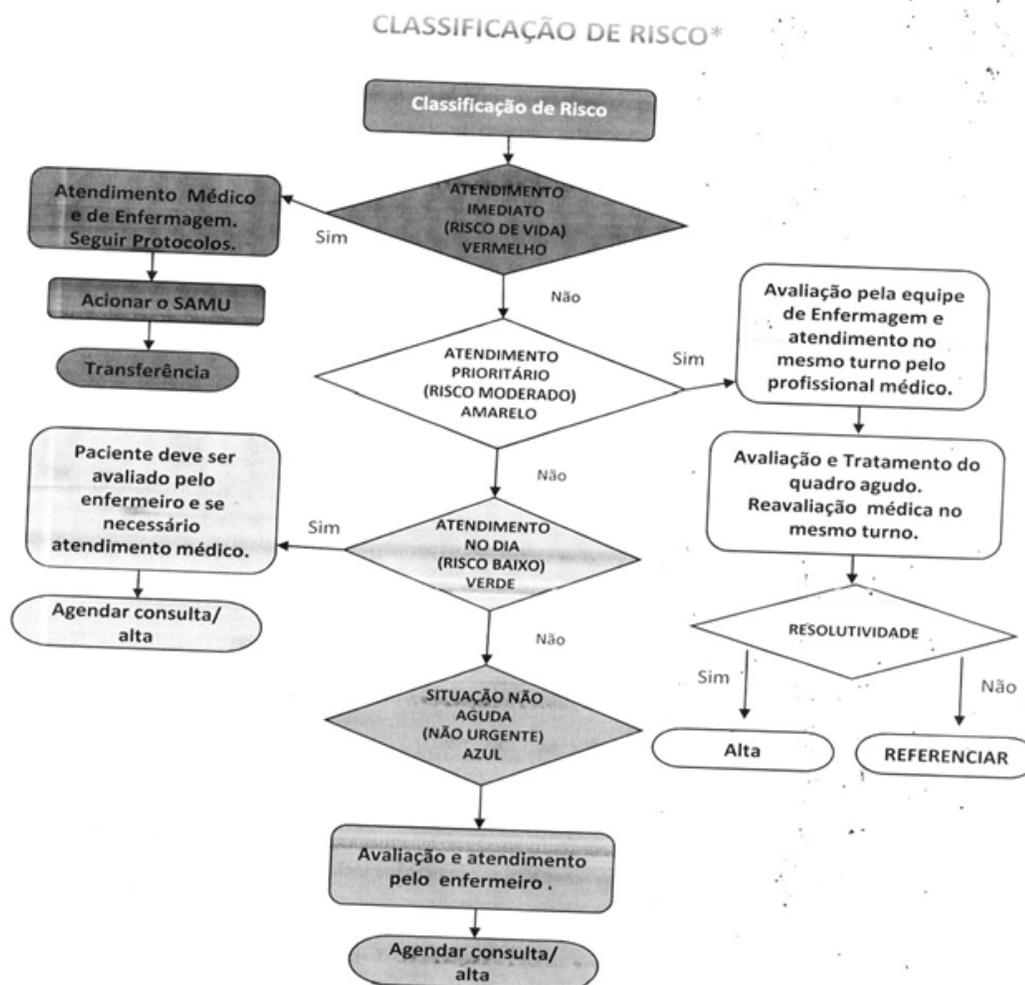
2.4. Qual modelo de atenção está vigente hoje na Atenção Primária?

2.5. Você tem conhecimento do organograma da Secretaria Municipal de Saúde?

- 2.6. Estratégias e tecnologias/dispositivos de gestão/gerência adotadas no cotidiano dos serviços de saúde nas UAPS.
- 2.7. Gestão do trabalho/organização do processo de trabalho em saúde nas UAPS.
- 2.8. Relação Modelo de Atenção/Modelo de Gestão.
- 2.9. Articulação das UAPS com os demais níveis de atenção.
- 2.10. Você está certo que consegue praticar e estimular a prática dos fluxos e processos orientados pela SMS. Se não justifique sua resposta

ANEXOS

ANEXO B -. Fluxograma do Atendimento aos Eventos Agudos nas UAPS



ANEXO C – Planilha Monitoramento Profissional Médico



EQUIPE N°	MÉDICO - Nome do Profissional:													QUANTIDA DE MESES	MEDIA MENSAL	MÉDIA DIÁRIA/ PROCEDIMEN TO	
	PRODUÇÃO	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ				TOTAL
NUMERO DIAS UTEIS	22													22			
ATEND.URGÊNCIA																	
CONSULTA APS																	
HIPERTENSO																	
DIABÉTICO																	
HIPERTENSO E DIABETICO																	
PUERICULTURA																	
PRÉ-NATAL																	
PUERPERAL																	
VISITA DOMICILIAR																	
S. MENTAL																	

Continua...

FUMANTE																	
PREVENÇÃO																	
TUBERCULOSE																	
HANSENÍASE																	
S. TRABALHADOR																	
PROGRAMADAS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
TOTAL DE ATENDIMENTOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
META DE ATENDIMENTO	440	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	440	1	440	20,0	
MEDIA DIARIA	13,1	#DI V/0!	13,1														
% PROGRAMADA	64%	#DI V/0!	64%														
% DA META	65%	#DI V/0!	65%														

ANEXO D – Planilha Monitoramento Profissional Enfermeiro

Continua...



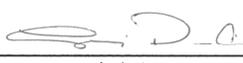
EQUIPE N°	ENFERMEIRO - Nome do Profissional:													QUANTI DADE MESES	MEDI A MEN SAL	MÉDIA DIÁRIA/ PROCEDI MENTO	
PRODUÇÃO	JAN	FEV	MA R	AB R	MA I	JUN	JUL	AG O	SET	OU T	NO V	DE Z	TO TAL				
NUMERO DIAS UTEIS														0			
ACOLHIMENTO														0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
CONSULTA APS														0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
HIPERTENSO														0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
DIABÉTICO														0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
HIPERTENSO E DIABETICO														0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
PUERICULTURA														0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
PRÉ-NATAL														0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
PUERPERAL														0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
VISITA DOMICILIAR														0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
S. MENTAL														0	0	#DIV/0!	#DIV/0!
FUMANTE														0	0	#DIV/0!	#DIV/0!

ANEXO H - Folha de Rosto Plataforma Brasil



MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: MODELO DE GESTÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA- CEARÁ Considerando o objeto do estudo, optou-se por envolver a participação de gestores que atuam nas 23 UAPS que compõem a CORES VI. Como critério de inclusão serão convidados a participar os gestores que participaram do Curso de Especialização em Gestão ofertado pela Prefeitura Municipal de Saúde para os gestores da UAPS de Fortaleza. Estes sujeitos são em número de 20 (vinte).			
2. Número de Participantes da Pesquisa: 20			
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: ALINE			
6. CPF: 729.234.583-20	7. Endereço (Rua, n.º): RUA ALAMEDA DAS CRAVINAS QUADRA 36 CASA 114 CIDADE 2000 CIDADE 2000 QUADRA 36 FORTALEZA CEARA 60190320		
8. Nacionalidade: BRASILEIRO	9. Telefone: (85) 3249-0227	10. Outro Telefone:	11. Email: alinegouveiamartins@yahoo.com.br
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.			
Data: 11 / 08 / 16		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ FUNECE	13. CNPJ:	14. Unidade/Orgão: Centro de Ciências da Saúde	
15. Telefone: (85) 3101-9600	16. Outro Telefone:		
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.			
Responsável: <u>GLAUCIA POSSO LIMA</u>	CPF: <u>295.681.883-04</u>		
Cargo/Função: <u>DIRETORA CCS/UECE</u>			
Data: <u>11 / 08 / 2016</u>	 Assinatura		
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			