



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

IANNA OLIVEIRA SOUSA

**ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO QUALIFICA APSUS NO CEARÁ:
DISCURSO DOS GESTORES E TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE
DA FAMÍLIA**

**FORTALEZA – CEARÁ
2020**

IANNA OLIVEIRA SOUSA

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO QUALIFICA APSUS NO CEARÁ:
DISCURSO DOS GESTORES E TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Programa de Pós-graduação 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: Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães

FORTALEZA - CEARÁ

2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Sousa, Ianna Oliveira.

Análise da implementação do projeto qualifica APSUS no Ceará: discurso dos gestores e trabalhadores da estratégia saúde da família [recurso eletrônico] / Ianna Oliveira Sousa. - 2020.

117 f. : il.

Dissertação (Mestrado profissional) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família - Profissional, Fortaleza, 2020.

Orientação: Prof. Dr. Jose Maria Ximenes Guimaraes.

1. Gestão de serviços de saúde. 2. Atenção primária a saúde. 3. Estratégia saúde da família. 4. Direção e governança do setor saúde.. I.

IANNA OLIVEIRA SOUSA

ANÁLISE DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO QUALIFICA APSUS NO CEARÁ:
DISCURSO DOS GESTORES E TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, do Programa de Pós-graduação 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: Saúde da Família.

Aprovada em: 8 de maio de 2020

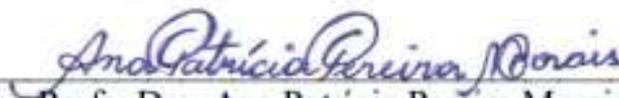
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães
(Orientador)



Prof. Dr. Carlos Garcia Filho
(1º membro- UNIFOR)



Profa. Dra. Ana Patricia Pereira Morais
(2º membro- UECE)

Aos amores que carrego e que se manifestaram nesse processo: Minha vida, meu companheiro e minha filha.

AGRADECIMENTOS

A minha mãe Socorro que carrega meu sagrado. Ela é minha direção, referência e sempre esteve ao meu lado! Amo-te!

Ao meu amado companheiro Cláudio que nesse processo mostrou-me a força de um encontro amoroso, cuidadoso, franco, verdadeiro, permitindo-me a mais bela experiência de encontro comigo, com ele e com o mundo! Grata pelas suas orientações, diálogos e amor que construímos no cotidiano! Amo-te!!

A minha filha Maria Isis, gerada nesse processo de estudo, descoberta e outrar-se! Você é fruto de uma relação de muito amor e veio cercada pelos melhores encontros que seu pai e eu tivemos nessa caminhada, todos pautados no amor, respeito, companheirismo e confiança.

A minha madrinha Evani, seu cuidado, proteção e amor atravessam minha existência são alicerces para o que me constitui hoje. Amo-te!

Ao meu orientador, Prof. Dr. José Maria X. Guimarães. Não haveria tanta riqueza e descoberta nesse processo de (re/des) construção sem o seu olhar sensível e apoio. A sua direção trouxe além de aprofundamento teórico-prático sobre o universo da Estratégia Saúde da Família, a possibilidade de desenvolver capacidade humana imersa em afetos de carinho e de indignação também.

À estimada e admirável Professora Doutora Ana Patrícia P. Moraes, coordenadora desse programa, pela sua determinação, força, coragem e amorosidade em conduzir esse processo pedagógico em tempos de ataques políticos e financeiros a todo processo que gere transformação no e para o SUS.

A todos os professores e todas as professoras que contribuíram ao longo desse processo com seu tempo, saber e disposição para a ressignificação dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família e de suas práticas, a partir desse programa de mestrado.

Aos professores doutores que compuseram a banca examinadora, Carlos Garcia Filho, Ana Patrícia Pereira Moraes e Alice Maria. C. Pequeno, que contribuíram de forma valiosa para a elaboração desse estudo! Gratidão pela disponibilidade e sensibilidade!

Ao estimado e tão valioso grupo ética noturna. Meus e minhas grandes confidentes, acolhedores(as), sensíveis, livres, afetados (as), amigos (as) que em todos os momentos construíram uma relação de muito respeito e amor. Carrego vocês no meu universo e sou feliz por tecer com vocês novas possibilidades do melhor viver, com suas dores e delícias. Meu carinho, admiração e amizade perene à Viviane Duarte, Elenice, Gláucia, Patrícia, José e Claudio.

À estimada equipe de trabalho que faço parte. Cada um contribuiu nessa produção com sua paciência pelas minhas ausências, acolhida respeitosa dos desabafos realizados e pela participação nas atividades que eram propostas, sem nenhuma hesitação. Vocês me dão potência com a delicadeza e simplicidade na construção do cuidado cotidiano na Estratégia Saúde da Família. Meu carinho e admiração à Natália, Vanessa, Liliane, Gisele, Julieth, Camila, Heldenice, Cilene, Evaldo, Catarina, Thamires, Erika, Maria, Denise, Albaniza, Erandir, Raimunda, Erinaldo, Evaniele e Vagna.

À III Turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família UECE/RENASF pela colaboração e troca ao longo desse processo. Cada trabalhador da turma permitiu uma nova perspectiva sobre o cuidado na Estratégia Saúde da Família.

A Deus e às diversas energias do bem que me acompanham, possibilitando o desenvolvimento de força, fé, coragem, resistência e resiliência.

“Desconfiai do mais trivial, na aparência singela. E examinai, sobretudo, o que parece habitual. Suplicamos expressamente: não aceiteis o que é de hábito como coisa natural, pois em tempo de desordem sangrenta, de confusão organizada, de arbitrariedade consciente, de humanidade desumanizada, nada deve parecer natural nada deve parecer impossível de mudar.”

(Bertolt Brecht)

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) sofre um processo de tensão ante a efetividade da universalidade e integralidade na atenção às necessidades da população, de um lado, e a sua eficiência na viabilidade do cuidado. A Atenção Primária em Saúde (APS) foi adotada como primeiro nível de atenção e estruturante do SUS, sendo organizada principalmente por meio da Estratégia Saúde da Família - ESF. Apesar dos avanços conseguidos, está colocada a necessidade de mudança dos processos de trabalho na ESF. Como proposta de (re) organização da ESF no Ceará, surge o Projeto Qualifica APSUS Ceará, com o objetivo de apoiar os municípios no fortalecimento da APS. Este estudo teve como objetivo geral compreender o processo político-institucional e operacional de implantação do Projeto Qualifica APSUS no Estado do Ceará. Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa, com abordagem multidimensional, numa perspectiva analítico-crítica. Esse estudo foi desenvolvido na 2ª Região de Saúde do Ceará – Caucaia, macrorregião de Fortaleza, formada por 10 municípios: Apuiarés, Caucaia, General Sampaio, Itapajé, Paracuru, Paraipaba, Pentecoste, São Gonçalo do Amarante, São Luís do Curu e Tejuçuoca. Os participantes do estudo foram: o representante do CONASS, representante estadual da gestão do projeto, os Secretários de Saúde, equipes que participaram do Projeto, tutores e gestores regionais, perfazendo um total de 16 participantes. Foram realizadas entrevistas e grupo focal. Também foi utilizada análise documental. Foi utilizada a Técnica de Análise de Discurso de Orlandi. Foram atendidas as exigências das Diretrizes e Normas da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Foram identificadas três categorias de análise empírica: Gestão do trabalho na APS; Gestão da APS e Qualidade na APS e os desdobramentos do projeto qualifica APSUS – CE. Sobre a categoria Gestão do trabalho na APS foi identificada nos discursos a presença da abordagem sobre aspectos que tratam do processo de trabalho da equipe de saúde da família, com abordagem de questões de formação, relações de trabalho e condições de trabalho. Na categoria Gestão da APS foram retratadas as dificuldades vivenciadas com a gestão. Na terceira categoria, a dimensão de qualidade vivenciada no SUS e a proposta trazida pelo projeto qualifica APSUS – CE com seus desdobramentos. Sugeriu-se a formação ideológica neoliberalismo-capitalismo para o entendimento das bases das formações discursivas apreendidas no estudo. Pelo exposto, esse estudo traz a necessária reflexão sobre as intervenções nos cenários de cuidado da

APS/ESF, tão fragilizados pelos apontamentos expressos por trabalhadores e gestores. Essa não é uma realidade exclusiva do Ceará e as medidas tomadas para financiamento da saúde pública no Brasil abalam a manutenção do SUS público, gratuito, integral, universal e de qualidade.

Palavras-chave: Gestão de Serviços de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Estratégia Saúde da Família. Direção e Governança do Setor Saúde.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) suffers a process of tension in view of the effectiveness of universality and integrality in meeting the needs of the population, on the one hand, and its efficiency in the viability of care. Primary Health Care (PHC) was adopted as the first level of care and structuring the SUS, being organized mainly through the Family Health Strategy - ESF. Despite the advances achieved, there is a need to change the work processes in the FHS. As a proposal for the (re) organization of the ESF in Ceará, the Qualifica APSUS Ceará Project arises, with the objective of supporting municipalities in strengthening PHC. This study aimed to understand the political-institutional and operational process of implementing the Qualifica APSUS Project in the State of Ceará. It is a qualitative case study, with a multidimensional approach, in an analytical-critical perspective. This study was developed in the 2nd Health Region of Ceará - Caucaia, macro-region of Fortaleza, formed by 10 municipalities: Apuiarés, Caucaia, General Sampaio, Itapajé, Paracuru, Paraipaba, Pentecoste, São Gonçalo do Amarante, São Luís do Curu and Tejuçuoca. The study participants were: the CONASS representative, the state representative of the project management, the Health Secretaries, teams that participated in the Project, tutors and regional managers, making a total of 16 participants. Interviews and focus groups were carried out. Documentary analysis was also used. Orlandi's Discourse Analysis Technique was used. The requirements of the Guidelines and Norms of Research involving Human Beings were met. Three categories of empirical analysis were identified: Work management in PHC; Management of PHC and Quality in PHC and the unfolding of the project qualifies APSUS - CE. Regarding the category of work management in PHC, the presence of the approach on aspects that deal with the work process of the family health team was identified in the speeches, addressing training issues, work relationships and work conditions. In the PHC Management category, the difficulties experienced with management were portrayed. In the third category, the dimension of quality experienced in SUS and the proposal brought by the project qualifies APSUS - CE with its consequences. The ideological formation of neoliberalism-capitalism was suggested to understand the bases of the discursive formations apprehended in the study. From the above, this study brings the necessary reflection on interventions in PHC / ESF care settings, which are so weakened by the notes expressed by workers and managers. This is not an exclusive reality of Ceará

and the measures taken to finance public health in Brazil affect the maintenance of public SUS, free, integral, universal and of quality.

Keywords: Health Services Management. Primary Health Care. Family Health Strategy. Health Sector Management and Governance.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
AMQ	Avaliação para Melhoria da Qualidade
AD	Análise do Discurso
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CSAP	Causas Sensíveis à Atenção Primária
CAA	Coordenação de Acompanhamento e Avaliação
CIR	Comissão Intergestores Regional
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESP	Escola de Saúde Pública
EPS	Educação Permanente em Saúde
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
LIAPS	Laboratório de Atenção Primária em Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NOB	Norma Operacional Básica
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OS	Organização Social
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAPS	Planificação da Atenção Primária em Saúde
PCCS	Plano de Cargos e Carreiras em Saúde
PIC	Práticas Integrativas e Complementares
PMAQ	Programa de Melhoria Acesso e Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROESF	Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SGTES	Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCM	Tribunal de Contas do Município

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	OBJETIVOS.....	23
2.1	Geral.....	23
2.2	Específicos.....	23
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	24
3.1	Atenção primária à saúde: história e conjuntura internacional e nacional.....	24
3.2	Planejamento e gestão na APS: modelos e desafios políticos e técnicos operacionais.....	29
3.3	O Projeto Qualifica APSUS: proposta de fortalecimento da APS no estado do Ceará.....	36
4	METODOLOGIA.....	41
4.1	Tipo de estudo.....	41
4.2	Local do estudo.....	41
4.3	Participantes do estudo.....	43
4.4	Técnica e instrumento de coleta de dados.....	45
4.5	Análise de dados.....	46
4.6	Aspectos éticos.....	50
5	ANÁLISE MULTIDIMENSIONAL DO PROJETO QUALIFICA APSUS: DISCURSO DOS GESTORES E TRABALHADORES DA ESF.....	51
5.1	Análise das formações discursivas acerca do Projeto Qualifica APSUS – CE.....	51
5.1.1	O discurso sobre gestão do trabalho na APS.....	51
5.1.2	O discurso sobre a gestão da APS.....	63
5.1.3	O discurso sobre a implementação do Projeto Qualifica APSUS e qualidade na APS.....	71
5.2	Análise da formação ideológica “neoliberalismo – capitalismo.....	85
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
	REFERÊNCIAS.....	94

APÊNDICE A - ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	100
APÊNDICE B - ROTEIRO GRUPO FOCAL.....	101
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	102
ANEXO A - TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA DO PROJETO QUALIFICA APSUS – CE.....	103
ANEXO B - PORTARIA 211 DE 12 DE ABRIL DE 2008.....	110
ANEXO C - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	116

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua criação, sofre um processo de tensão ante a efetividade na materialização da universalidade e integralidade na atenção às necessidades da população, de um lado e a sua eficiência na viabilidade do cuidado, limitada pela lógica econômica e de ajustes de gastos nas políticas sociais. A construção desse sistema exige frente às iniquidades políticas e econômicas do país, postura de proteção e defesa para sua consolidação e manutenção.

A proposta organizacional desse sistema o divide em três níveis de atenção: atenção primária, atenção secundária e atenção terciária. A Atenção Primária em Saúde (APS) é um dos primeiros contatos dos sujeitos para o cuidado, sendo o mais próximo da população e alicerçado em ações de promoção e prevenção de saúde. Essa conformação foi fruto de um processo histórico e internacional iniciado antes da declaração de Alma-Ata de 1978.

Nessa declaração está posto que a APS é o núcleo do Sistema Nacional de Saúde, configurando-se em uma estratégia organizativa que localiza no cuidado primário as condições de desenvolvimento comunitário e social. Com isso, pretendia-se com a concepção de APS estabelecida em Alma-Ata, oferecer níveis aceitáveis de saúde, principalmente para países em desenvolvimento. (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2010).

De acordo com Aquino *et al* (2014), a APS é atribuído papel fundamental de porta de entrada e ordenadora de todo o sistema de saúde, porque está mais próxima das pessoas, famílias e comunidades. Contudo, ainda existem muitas dúvidas sobre quais são os reais atributos da APS, quais as melhores formas de organização e sobre como avaliar seus modelos de implantação e seus efeitos.

Na Política Nacional de Atenção Básica encontra-se a seguinte definição:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade

sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (BRASIL, 2012, p. 19)

Em 1994, o Programa Saúde da Família - PSF - foi implantado, tornando-se modelo para a APS brasileira. Segundo Escorel *et al* (2007), inicialmente voltado para estender a cobertura assistencial em áreas de maior risco social, o PSF aos poucos adquiriu centralidade na agenda governamental.

Em 1997, o PSF passa a ser designado Estratégia Saúde da Família - ESF, sendo interpretado não como uma intervenção vertical e paralela, mas como uma estratégia que possibilita a integração e a organização das atividades, apresentando uma característica de atuação interdisciplinar e multidisciplinar e responsabilidade integral (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2012).

Nesse contexto, a ESF ganha relevo no Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) que a estabelece como reorganizadora da atenção básica, reafirmando os preceitos do SUS. Para tanto, é expandida no país com diretrizes voltadas à qualificação e reorientação do processo de trabalho, com vistas a concretizar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

Apesar dos avanços conseguidos nos últimos 19 anos, está colocada a necessidade de mudança dos processos de trabalho na ESF pela dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços e qualificar a gestão do cuidado no contexto atual. (CEARÁ, 2017)

Na perspectiva de superação da fragmentação, garantir a integralidade da atenção à saúde, bem como assegurar a efetividade da ESF na materialização dos atributos da APS, particularmente a ordenação e coordenação do cuidado, tem se proposto a organização de Redes de Atenção à Saúde - RAS - no âmbito das regiões de saúde.

As redes de atenção configuram-se em organizações de conjuntos de serviços de saúde com objetivos comuns, ação cooperativa e interdependente que permite ofertar cuidado contínuo e integral, coordenado pela APS. (MENDES, 2011).

Nessa proposta, a APS é considerada coordenadora e ordenadora do cuidado, como equipamento e serviço de maior vinculação e aproximação com a comunidade.

Os componentes e a dinâmica de funcionamento das RAS são estabelecidos por Mendes (2015, p.19):

Missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob a coordenação da APS; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e devem gerar valor para a sua população.

Para tanto, a APS integra as redes de atenção, sendo que a implementação de seus atributos é condição para a adequada estruturação e funcionamento da RAS. Destacam-se como atributos da APS o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização na família, orientação comunitária, competência cultural e funções de responsabilização, de coordenação dos fluxos, contrafluxos dos cidadãos e de resolução dos problemas de saúde da comunidade.

Destarte, os cenários de implementação da ESF/APS são complexos e diversificados, permeados por interesses políticos, econômicos e sociais discrepantes aos da Reforma Sanitária, que têm minimizado suas potencialidades, o que questiona as características de reorganizadora dos serviços e ações de saúde e de modelo substitutivo ao paradigma tradicional da APS no Brasil (ARANTES *et al.*, 2016).

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde do Ceará - SESA (CEARÁ, 2017) - a diversidade de cenários que compõem o quadro brasileiro com suas especificidades regionais, marcada por diferenças socioeconômicas e de necessidades de saúde da população, agravada pela pressão do setor privado e do mercado na área da saúde, somado ao desafio de lidar com a complexa inter-relação entre acesso, escala, escopo, qualidade, custo e efetividade, demonstram os entraves da construção de um sistema nacional unificado e integrado.

A problemática apresentada requisita estratégias de enfrentamento, com vistas a conferir qualidade e resolubilidade, garantindo-se a efetividade do direito à saúde. O cenário é propício a distintas propostas de superação dessas fragilidades,

por vezes contraditórias e antagônicas ao ideário do SUS. Com efeito, evidencia-se a frequente pressão por implementação de propostas de caráter privatista, seguindo as leis de mercado e alicerçadas na redução do papel do Estado na execução de políticas sociais, particularmente na garantia do direito constitucional à saúde. Ou ainda, a implementação de processos gerenciais com fulcro nas Teorias da Administração, as quais foram moldadas para o alcance da eficiência do setor privado e não se aplicam inteiramente aos princípios da Administração Pública, sobretudo quando a imagem-objetivo é a efetividade do direito à saúde, assegurado no âmbito da seguridade social.

Torna-se, portanto, pertinente o desenvolvimento de reflexões e de uma postura crítica frente às propostas de intervenções no cotidiano do SUS, que ensejam a perda de direitos ou a descaracterização dos seus princípios basilares como sistema público, universal, integral e equânime. Nesse contexto, inserem-se as propostas que transfiguram a lógica de gestão dos serviços e dos processos de trabalho, mediante a incorporação velada de princípios e diretrizes administrativas voltadas à produtividade e à eficiência, como dimensões da qualidade, que muitas vezes desconsideram a indissociabilidade gestão e atenção, a horizontalidade das relações entre dirigentes e executores e o protagonismo do conjunto de trabalhadores.

Nessa conjuntura, como proposta de (re) organização da ESF no Ceará, surge o Projeto Qualifica APSUS Ceará com o objetivo de apoiar os municípios no fortalecimento da APS para que as equipes possam cumprir os atributos e as funções e, assim, fomentar a construção das redes de atenção.

O Qualifica APSUS foi fruto das experiências dos municípios de Fortaleza, Tauá e Sobral, cuja proposta foi indexada pela Secretaria de Saúde do Estado, para a disseminação em outros municípios, oferecendo suporte pedagógico e formativo.

O município de Tauá, em 2013, solicitou apoio à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, com intuito de qualificar a APS. Apresentava cenário favorável para a vivência de novas experiências no contexto da APS como a residência multiprofissional, telessaúde, município piloto do e-sus, entre outras. Na ocasião, o projeto foi designado Planificação da Atenção à Saúde - PAS - e originou o Laboratório de atenção Primária em Saúde - LIAPS - para possibilitar a avaliação e expansão da proposta para o Estado. (CONASS, 2018).

Para essa experiência, o município de Tauá foi apoiado por distintas instituições, dentre essas destacam-se: SESA, Escola de Saúde Pública do Ceará –

ESP/CE, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ, Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde - CONASEMS (CEARÁ, 2017).

Sobral e Fortaleza, em 2014, foram outros municípios que acessaram a mesma consultoria de Tauá e implantaram a estratégia da planificação sob o argumento do bom desempenho da experiência ocorrida em Tauá.

No estado do Ceará, a experiência de implementação do Projeto Qualifica APSUS – CE, a partir de 2016, foi apoiada no forte discurso de práticas mais eficientes, com ótimos resultados nos municípios que experienciaram. Contudo, a proposta para o estado necessitou de importante modificação devido às eleições municipais e às especificidades de cada região do estado, produzindo redução no tempo de implantação, no número de oficinas e na metodologia original (CONASS, 2018).

Assim, considera-se importante refletir sobre a implantação do Projeto Qualifica APSUS e de que modo as alterações apontadas contribuíram nos processos de gestão e qualificação da APS no cenário de mudança de gestores municipais após 2016. Também é relevante pensar sobre os desdobramentos ocorridos nos municípios que vivenciaram essa experiência.

O projeto considera que a implantação de micro e macroprocessos que incluem intervenções na estrutura e no processo de trabalho da equipe de saúde da família é alternativa para superar as fragilidades experienciadas na atual conjuntura da APS brasileira.

A aproximação com o objeto deu-se a partir da vivência da pesquisadora na implantação do Projeto Qualifica APSUS no município em que atua como enfermeira da ESF. A equipe a qual faz parte foi selecionada para ser a unidade laboratório e a pesquisadora para ser a tutora do Projeto no município. A experiência nas oficinas junto à equipe e nos encontros de tutoria geraram reflexões sobre o Projeto, a participação dos municípios, a participação das equipes, a construção do fazer da tutoria, a atuação das Regionais, o discernimento sobre as necessidades e desenlaces no processo de trabalho e sobre a gestão desse contexto para a produção do cuidado mais qualificado para a população.

As reflexões trouxeram inquietações e importantes diálogos para a equipe e para o município e tornou-se de interesse para o desenvolvimento deste estudo pela

relevância de compreender a realidade do Projeto, sua elaboração ideológica e prática, pelo caráter inédito da experiência e por localizar a compreensão dos sujeitos que constroem essa experiência, permitindo um encontro com a práxis no interior da ESF e as novas propostas para isso no cenário estadual.

O projeto Qualifica APSUS guarda importantes reflexões que merecem ser estudadas em diversos aspectos, tornando estudos como esse imprescindíveis para retornar ao campo onde o fenômeno estabelece as potências e fragilidades da experiência e para provocar o aprimoramento para o fortalecimento da ESF e dos valores defendidos pelo SUS.

Também é válido destacar a história de engajamento profissional e político da pesquisadora na APS. Toda sua formação foi pública e voltada para esse campo, fazendo residência multiprofissional em saúde da família, especialização em educação permanente em saúde e de educação para preceptores do SUS. Destaca-se, ainda, que a pesquisa ora desenvolvida integra o processo formativo da pesquisadora no Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, linha de pesquisa Atenção e Gestão do Cuidado, na Universidade Estadual do Ceará.

Porquanto, uma trajetória profissional inscrita no âmbito da ESF e esse caminhar habita a ordem da defesa, do cuidar e da construção desse sistema de saúde. Forjar-se no SUS e na ESF significa mais que formação técnica, guarda a compreensão política e ideológica desse sistema para a oferta de uma atenção à saúde da população alicerçada no direito à saúde e no entendimento de cuidado como ato respeitoso, solidário, recíproco e de enfrentamento das iniquidades sociais.

Nesse escopo, surgem alguns questionamentos sobre este projeto. Quais os marcos político-institucionais que norteiam a implantação do Projeto Qualifica APSUS? Como ocorreu o processo de implantação e seus desdobramentos no cotidiano das equipes da ESF no Ceará?

Assim, estão postos o desejo de compreender esse fenômeno e sua localização histórica, econômica e política com intuito de orientar gestores, trabalhadores e usuários sobre as mudanças que estão sendo enfrentadas na atual conjuntura e suas repercussões no interior dos processos de cuidado da população na ESF.

É válido destacar que a realização de estudos, em tempos de perda de direitos, que evoquem a defesa e a proteção de um sistema de saúde resultante de

movimentos que pleiteavam um serviço de saúde público e de qualidade, dentro de um novo modelo de sociedade, é de grande relevância para o fortalecimento da reforma sanitária, do SUS e da ciência brasileira.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Compreender o processo político-institucional e operacional de implantação do Projeto Qualifica APSUS no Estado do Ceará.

2.2 Específicos

- Analisar o marco político-institucional que norteia a implantação do Projeto Qualifica APSUS, com ênfase na perspectiva dos atores e instituições envolvidas;
- Descrever o modelo de governança do Projeto Qualifica APSUS;
- Descrever a execução operacional do Projeto Qualifica APSUS na perspectiva de gestores e trabalhadores da ESF;
- Identificar as repercussões da implantação Projeto Qualifica-APSUS na organização do processo de trabalho na ESF;
- Discutir as percepções dos gestores e trabalhadores da ESF acerca do Projeto Qualifica APSUS e o fortalecimento da APS.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO ESTUDO

3.1 Atenção Primária à Saúde: história e conjuntura internacional e nacional

Na década de 1920, foi elaborado o Relatório Dawson que objetivou analisar os problemas do sistema de saúde inglês e foi um dos primeiros documentos a destacar a relevância de centros primários de saúde para atender as necessidades das populações. Esse documento foi referência no processo de reforma do sistema de saúde inglês. Ele guardava a proposta de um sistema regionalizado de serviços de saúde, através de centros de saúde primários, conduzidos por um médico generalista que se adaptariam às necessidades da população assistida. (AQUINO *et al.*, 2014)

Na conferência de Alma-Ata definiu-se a APS como “cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação.” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979).

Nesse conceito, é possível refletir sobre a diversidade de fatores que influenciam sobre o que atualmente experimentamos na APS. Pode-se frisar a dimensão de autonomia de sujeito e comunidades, que ainda é vivenciada de forma parcial e dubitável, a dimensão econômica que traz ora desvalorização e descrédito cumprindo a doutrina capitalista, ora agrega atitudes de resiliência e de luta para a defesa e manutenção do sistema e a dimensão política que ora retira direitos e financiamentos, ora elabora estratégias de vanguarda para a melhor vivência do direito de saúde.

Ainda quando se trata de APS, a exigência de profissionais comprometidos com a saúde geral das pessoas e comunidades é essencial, elucidando a contramão do processo de subespecialização recorrente entre os trabalhadores da saúde pelo forte apelo à fragmentação e enfoque sobre as enfermidades. (STARFIELD, 2002)

Tal pensamento tem bases no Relatório Flexner que estimulava a melhora do cuidado em saúde a partir do aumento das especialidades médicas, baseado em uma lógica individualista, biologicista e curativista. (MENDES, 2012)

Tal relatório permanece exercendo grande influência na prática de cuidado em saúde, apoiando a racionalidade em especialidades, configurando-se em uma ideologia contrária à primazia da APS e favorecendo obstáculos para o real entendimento do cuidado prestado na atenção primária.

Assim, um sistema que prima pela atenção especializada que necessita de tecnologia mais cara, não consegue dar respostas para APS, uma vez que a especialização direcionada ao tratamento da enfermidade não pode maximizar a saúde, porque a prevenção da enfermidade e a promoção de saúde transcendem as enfermidades específicas, requerendo uma abordagem mais ampla. Com isso, também fica evidente que a complexidade assistida pela APS não está debruçada sobre tecnologias, mas sobre as realidades complexas de produção do cuidado em saúde.

Para Starfield (2002), a APS é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa, para todas as condições e coordena ou integra a atenção gerada em algum outro lugar ou por terceiros.

Essa autora ainda introduz a formulação dos atributos da APS. São eles: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, centralização na família, orientação comunitária e competência cultural. Desde 1978, é pensado em formas de avaliar a APS, considerando seus aspectos de aproximação da comunidade, resolutividade, comunicação entre os níveis de atenção e acompanhamento.

Com isso, tais atributos são base para a organização de diversos sistemas nacionais de saúde atuais e estão associados à qualidade dos serviços e à eficiência das intervenções no processo de cuidado. Por essa razão, os atributos também se relacionam com a proposta da APS coordenadora e ordenadora do cuidado.

Mendes (2012) traz três interpretações principais da APS. A primeira trata a APS como atenção primária seletiva. A segunda, como o nível primário do sistema de atenção à saúde e, por fim, a APS como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde.

Em Giovanella e Mendonça (2012), identificam-se quatro linhas principais de interpretação sobre a APS. A primeira diz respeito a um programa focalizado e seletivo. A segunda corresponde a um dos níveis de atenção, que corresponde aos

serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato. A terceira trata a APS como abrangente e integral, como uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde, como proposto em Alma-Ata. Por fim, a APS como uma filosofia que orienta processos emancipatórios pelo direito universal à saúde.

Dessas interpretações pode-se perceber a conveniência das concepções para servir à lógica de mercado, à conjuntura vivenciada e às políticas governamentais pautadas. Assim, as análises sobre a APS devem guardar, prioritariamente, o referencial de direito cidadão e da reforma sanitária para não haver distorções no caminhar construtivo de um sistema integral e universal e gratuito.

Giovanella e Mendonça (2012) colocam que atenção primária refere-se a um conjunto de cuidados integrais, direcionados a dar respostas individuais e coletivas, sendo, no Brasil, chamada de atenção básica.

A APS no Brasil é estruturada seguidamente à criação do SUS, após a VIII Conferência Nacional de Saúde, guardando os ideais da Reforma Sanitária e dos movimentos sociais contrários ao liberalismo econômico fortemente difundido na época. Entretanto, também, garantia formas para a inserção do capital privado no sistema.

O SUS foi criado junto com a Constituição de 1988, mas seu arcabouço legal vem em seguida com as Leis Orgânicas da Saúde na década de 1990. É no início dessa década que, em algumas regiões do país, se experimentavam métodos de organização das práticas de cuidado em saúde para a melhoria da qualidade de vida da população, garantindo, inicialmente, a diminuição dos óbitos materno-infantis.

A experiência mais destacada acontecia no interior do Estado do Ceará com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS, pois era a única que ocorria a nível estadual. Esse programa tem suas bases na experiência do Distrito Federal, entre os anos de 1974 a 1978, com as chamadas auxiliares de saúde, que difundiam cuidados em saúde, favorecendo os serviços de pré-natal e puericultura. (BRASIL, 2010)

Na experiência do Ceará, as auxiliares de saúde passaram a ser chamadas de agentes de saúde e seu impacto foi de tal forma, que o Ministério da Saúde, em 1991, adotou o PACS para os demais estados do Nordeste e, em seguida, para as

demais regiões brasileiras. Assim, esse foi o primeiro programa de estruturação da APS no Brasil (BRASIL, 2010)

O PACS traz as bases para o futuro PSF quando estabelece a adscrição de clientela, área de abrangência, introduz o conceito de territorialização e vínculo para o cuidado e organização da rede de atenção.

É importante destacar que o bom rendimento do PACS está atrelado também a outros fatores prevalentes à época, como o fortalecimento da democracia, acesso à escola, aumento do salário mínimo, entre outros. Isso reforça o entendimento que o melhor efeito de estratégias sistêmicas para o cuidado em saúde repousa sobre a melhoria das condições econômicas e sociais da sociedade e não de alguns setores da sociedade.

Com a necessidade de garantir acesso ao atendimento médico, as experiências exitosas no Rio Grande do Sul, Pernambuco, São Paulo e Goiás, subsidiaram a criação do Programa Saúde da Família, em 1994, que após incremento de capital financeiro internacional, o reconhecimento do potencial para promover cuidados primários de saúde com maior impacto na realidade sanitária local, organização da Atenção Primária à Saúde e ampliação do acesso dos usuários aos sistema de saúde, o PSF passa a ser designado de Estratégia Saúde da Família - ESF - em 1997. (BRASIL, 2010)

A ESF é marcada pela capacidade de agregar as políticas de ampliação do cuidado em saúde, como o Núcleo Ampliado de Saúde da Família – NASF, Programa Saúde da Escola – PSE, Práticas Integrativas e Complementares - PIC, além de práticas de cuidado baseadas na Clínica Ampliada.

A Política Nacional de Atenção Básica - PNAB - desde 2006 incorpora a ESF como estratégia prioritária para organização da APS, pois favorece uma reorientação do processo de trabalho das equipes, amplia a resolutividade e o impacto na situação de saúde da população, permite uma relação financeira favorável e fortalece a formação das redes de atenção. (AQUINO *et al*, 2014)

São inegáveis os avanços obtidos pela ESF, a melhoria dos indicadores de saúde, a multiprofissionalidade na assistência, a vinculação com a comunidade e certa articulação da rede para a garantia do cuidado.

Também é necessário destacar pontos de desgaste que exigem reflexão profunda. A falta de financiamento, gerando dificuldade na cobertura da ESF,

desestruturação das unidades de saúde, dificuldade de realização de ações de prevenção e promoção da saúde, equipes incompletas; questões formativas dos profissionais que apresentam fragilidades no desenvolvimento de atividades integradas e multiprofissionais; a limitada atuação dos conselhos locais de saúde; a precarização das relações de trabalho; as diferentes maneiras em que ocorreu sua implantação nos municípios e estados e a restrita articulação da rede de atenção. Essas são questões que marcam o contexto da ESF e falam mais da viabilidade concedida a ela do que do fracasso da proposta.

Para Mendes (2012), uma importante limitação vivenciada no SUS é ainda que a APS tenha a ESF como modelo de estruturação. Ela na realidade guarda elementos culturais, técnicos, operacionais da APS seletiva e da APS como nível primário, não conseguindo exercer sua condição de ordenadora e coordenadora do cuidado.

Ainda segundo esse autor, os motivos para a baixa valorização política, econômica e social da APS/ESF estão no uso de instrumentos de baixa densidade tecnológica, mais intensivos em cognição; o que desperta pouco interesse para as indústrias farmacêuticas e de equipamentos médicos; contrasta alguns princípios da medicina flexneriana; subfinanciamento e fragilização da APS/ESF pela preferência de investimentos em hospitais e UPA pelo retorno político mais rápido.

Compreender os desafios da ESF é ponto fundamental para perceber os rumos traçados para ela e sua situação atual. Além de permitir localizar as responsabilidades de cada ator nesse processo e, com isso, elaborar soluções concretas que possibilitem os avanços da ESF, sem perder os princípios do SUS como seu alicerce fundamental.

Alguns estudos apontam os desafios encontrados na ESF na dimensão político-institucional que são financiamento insuficiente, formação profissional em desarmonia com o modelo de atenção centrado na APS, a precarização do vínculo profissional com as instituições e o desenvolvimento de ações intersetoriais. Na dimensão organizativa, é o acesso a referência da Unidade de Saúde da Família como porta de entrada no sistema de saúde, a integração da ESF à rede assistencial, o planejamento e a participação social. Na dimensão técnico-assistencial é o desenvolvimento de práticas integrativas complementares, de ações para a saúde do adolescente, de saúde mental, de cuidado ao portador do vírus da imunodeficiência

humana/ Síndrome da Imunodeficiência adquirida (HIV/aids), de cuidados aos usuários de drogas ilícitas, de pessoas com obesidade e o risco de reproduzir a racionalidade biomédica no processo de trabalho. (ARANTES *et al*, 2016)

Ainda para Mendes (2015), nas RAS o sistema organiza-se em uma rede horizontal de atenção e de forma que não há hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, sem ordem e sem grau de importância entre eles. Os componentes da RAS se diferenciam pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam. Contudo, é importante ressaltar que o seu centro de comunicação situa-se na APS.

Nessa perspectiva, é importante refletir e se inquietar com as concepções trazidas nessa proposta, contrapondo-se com a construção sanitária; com o referencial de densidade tecnológica como um diferencial entre os componentes da RAS; com o suporte dado a APS a nível político, social e econômico para configurar-se centro dessa Rede e com a construção unilateral dessa Rede, gerando significado, responsabilização e implicação em diferentes intensidades entre seus participantes.

3.2 Planejamento e gestão na APS: modelos e desafios políticos e técnicos operacionais

A transição demográfica associada ao envelhecimento populacional e ao desenvolvimento tecnológico para o cuidado em saúde, requerendo mais subsídios financeiros para a área, balizam os discursos de necessidade de pensar o cuidado e o sistema de saúde para atender às necessidades da população e permanecer garantindo o direito à saúde.

Segundo CONASS (2018), a partir de estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ - o Brasil em 2030 chegará ao número populacional de 40,5 milhões de pessoas com mais de 60 anos (FIOCRUZ, 2012), indicando que o modelo de atenção adotado pelo SUS não conseguirá responder às necessidades e saúde da população.

Mendes (2012) coloca que os sistemas de saúde são respostas sociais consequentes às necessidades de saúde das populações que se estabelecem a partir das suas situações de saúde. É preciso refletir se essas necessidades não sugerem

diminuição na oferta do serviço, tornando-o mais barato e limitado, agradando agências financiadoras internacionais e precarizando o cuidado.

Ainda esse autor, apresenta que a APS deve ter resolutividade superior a 85% das necessidades de saúde da sua população adscrita. Isso não está posto, considerando prioritariamente as dificuldades de subfinanciamento, gerando sobrecarga nos níveis especializados da atenção e onerando mais as ações de cuidado em saúde. É preciso refletir em que condições a ESF atinge essa resolutividade apontada, a fim de não gerar distorções na realidade e falsear a ideia de causa da defasagem da ESF.

Cabe destacar a forte presença do discurso sobre qualidade na APS/ESF/SUS, a partir dos anos 2000, com elaborações de propostas para serem experimentadas nos diversos estados brasileiros, deflagradas pelo Governo Federal, em geral. Esses discursos eram fortalecidos pelos atributos da APS, como já citados anteriormente, pelas elaborações de Donabedian, entre outros.

Um dos fatores que influenciam para o alcance e estabelecimento da qualidade nos serviços de saúde é a capacidade gerencial. A gerência repousa sobre a organização e gestão do processo de trabalho em saúde, estruturando o trabalho em saúde a partir de referenciais pessoais, políticas, sociais e institucionais. Para isso, o gerente em saúde necessita desenvolver capacidade de mediação de conflitos, estar atento e conciliar as demandas institucionais e da população, ter acúmulo técnico, administrativo, psicossocial e político.

Com isso, é dada a possibilidade concreta de desenvolver qualidade nos serviços. Com destaque que a capacidade gerencial necessita de respaldo político e financeiro para sua execução e, assim, é exposta a forte ligação entre gestão e gerência e não superficializar as dificuldades gerenciais. Considerar esses fatores, é necessário para compreensão da origem de parte das dificuldades da qualidade nos serviços de saúde do SUS.

As necessidades de saúde da população foram chamadas de condições sensíveis à APS. Entende-se por condições sensíveis à APS - CSAP - os agravos à saúde cujo perfil de morbimortalidade pode ser diminuído ou alterado por uma APS eficiente e resolutiva. (MAIA *et al*, 2018)

As CSAP são medidas por indicador que trata a proporção das internações mais sensíveis à atenção básica em relação ao total das internações clínicas

realizadas para residentes de um município. Esse indicador pressupõe que são necessárias internações para o tratamento clínico de afecções que apresentam um subconjunto de causas mais sensíveis à efetividade da atenção básica e que, portanto, proporções dessas internações podem ser evitadas por ações mais qualificadas de cuidado desenvolvidas nesse nível da atenção à saúde. (BRASIL, 2019)

As CSAP, a partir da portaria número 211 de 17 de abril de 2008 – ver anexo B, que publica a lista brasileira de CSAP, de acordo com o CID 10 (Classificação Internacional das Doenças), onde se pode considerar um indicador de atividade hospitalar que pode mensurar indiretamente o funcionamento da atenção básica brasileira ou ESF para fins de avaliação (Brasil, 2008)

A partir disso, cabe refletir sobre em que condições repousa a atenção em saúde no contexto da ESF para alcançar o mencionado percentual de resolutividade, destacando-se que é baseado em indicadores hospitalares.

Assim, pensar nas condições sensíveis à APS exige uma lógica ampliada de entendimento do contexto de atuação das equipes que extrapolam os limites da saúde, na maioria dos casos, e trazem dimensões que habitam a ordem da formação encapsulada dos profissionais da saúde e da rede de atenção, da falta de comunicação entre os diversos equipamentos, dos vínculos precarizados e da falta de recursos destinados à APS, principalmente.

A forte pressão exercida pelo setor privado somada ao sucateamento sofrido pelo SUS produz cenário propício para as diversas instituições ou entidades públicas e privadas elaborarem e experimentarem alternativas que favoreçam a eficiência nos serviços, diminuindo os gastos do Estado com a saúde.

Tem sido ventilada por diferentes atores sociais de diferentes locais do SUS, uma hipótese da fragilidade da ESF como forma de organizar a APS. Está sendo difundido um desencanto com a ESF, seja porque seria um modelo que não se aplica a todos os aspectos da realidade brasileira, seja porque seria um modelo caro e pouco resolutivo. (MENDES, 2012)

Com essa afirmação, destaca-se um movimento que enseja a necessidade de repensar a ESF como está estruturada, mas mantendo-se as mesmas condições de subfinanciamento e de fragilidades de gestão, atendendo a uma necessidade que prima pela eficiência da atenção e não pela efetividade, servindo as novas diretrizes

de agências financiadoras internacionais que estão orientado a privatização de sistemas universais, seja em partes ou no todo.

Nesse contexto, surge a proposta da planificação elaborada pelo CONASS a partir de 2004, com a realização das oficinas de Redes de Atenção - RAS - nos estados. Desse ano em diante, ocorreram as sucessivas experiências a nível municipal e regional, conformando as gerações da planificação. Assim, já estamos na sexta geração da planificação que está atuando na atenção hospitalar. (CONASS, 2018)

É importante destacar que a experiência da planificação tem seu embrião no estado de Minas Gerais, que utilizou o conceito de RAS proposto por Eugênio Vilaça Mendes, com intuito de reduzir as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial. (CONASS, 2018)

Em 2008, a Planificação da Atenção Primária em Saúde - PAPS - apresentou adesão de vários estados, incluindo o Ceará, sendo realizada a oficina de redes com as equipes da Secretaria Estadual de Saúde. (CONASS, 2018)

Para fortalecer a PAPS e com a forte sensibilização garantida pelo CONASS, em 30 de dezembro de 2010 foi lançada a portaria nº 4.279 do Ministério da Saúde que estabeleceu as diretrizes para a organização da RAS no SUS que foi regulamentada pelo decreto 7.5087/2011. (CONASS, 2018)

A adesão à PAPS ocorria com a solicitação formal dos estados à Secretaria Executiva do CONASS, que organizava reunião preparatória que acontecia no próprio estado e contava com três momentos. São eles: “reunião com o secretário de saúde e coordenador do grupo estadual da planificação; reunião com o grupo condutor e com o corpo dirigente da SES (Secretaria de Saúde do Estado) e reunião com o grupo condutor para elaboração de um plano de ação.” (CONASS, 2018)

Foi colocado que a proposta do CONASS poderia se adaptar à realidade de cada contexto. Isso permitiu variadas situações de implantação nos estados, com experiências que estacionaram no início da implantação e outras que conseguiram finalizar.

Durante o processo de implantação, foram identificadas limitações para a realização das oficinas, segundo CONASS (2018). São elas:

Descontinuidade da gestão estadual, com mudança frequente de secretários; inexistência ou insuficiência de recursos financeiros específicos para a

planificação da APS; fragilidade no planejamento e falhas na comunicação entre os membros do grupo condutor; baixa integração entre os diversos departamentos da SES; baixa articulação com o Cosems; descumprimento do cronograma das oficinas; baixa frequência de gestores municipais nas oficinas; especificidades de algumas regiões, sobretudo na região Norte, onde observa-se vazios assistenciais extensos e dificuldades de fixação de profissionais (CONASS, 2018. p. 30).

Como aspectos favoráveis ao desenvolvimento da implantação da PAPS, ainda segundo CONASS, são:

Decisão política; definição de uma política estadual da APS; planejamento, com disponibilidade de recursos (materiais, humanos, financeiros); adesão dos gestores municipais com o apoio do Cosems; estabelecimento e cumprimento das competências e responsabilidades dos entes implicados; envolvimento dos poderes locais e da sociedade civil organizada, enquanto colaboradores, e adesão e envolvimento dos profissionais de saúde. (CONASS, 2018. p. 30).

Pelo exposto, é importante destacar que a viabilização da PAPS está centrada na implicação dos gestores e na disponibilidade de recursos para sua execução. Com isso, voltamos à essência das problemáticas experienciadas no interior da ESF corroborando que a discussão para melhoria das práticas nas APS/ESF não devem restringir-se ao modelo, mas na aplicação concreta das políticas e de financiamento necessário para a garantia dos serviços para enxergar suas limitações e potência no cotidiano do cuidado.

Alguns dos resultados da PAPS avaliados por instituição externa foram os usos de tecnologias que subsidiaram nova forma de agir; melhoria nas relações das equipes de saúde da família; redistribuição de poderes e responsabilidades, além da valorização dos diferentes saberes envolvidos em cada caso. (CONASS, 2018)

Com isso, fica expressa a necessidade de avaliar todas as medidas de ajuste dentro do SUS, seja no nível técnico, seja no nível de gestão, com o intuito de garantir o direito à saúde e melhorar a assistência prestada.

É relevante ressaltar que alguns processos para o fortalecimento da APS já vinham sendo experimentados no contexto do SUS. Umas com propostas voltadas para a coordenação do cuidado e fortalecimento das Redes de Atenção, outras com indução de capital financeiro, a partir de processos de avaliação das unidades e equipes de saúde da família.

Nesse intuito, é válido destacar e aprofundar a discussão sobre o Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade - PMAQ - por entender que se trata de uma proposta do Ministério da Saúde com vistas a proporcionar a melhoria da assistência

do cuidado e com possibilidades de transformar práticas tanto no processo de trabalho, como na estrutura das unidades e gestão.

Avaliar é um ato conectado a um julgamento que produz ações que transformam a realidade. Para isso, não pode ser desconsiderado a tríplice legitimidade que assenta a avaliação abordada por esses mesmos autores. São elas: a científica, política e social que, dependendo do contexto, deverá ser arbitrada relação entre elas.

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (2005), os processos avaliativos iniciaram de forma incipiente, pouco relacionados às práticas de cuidado e com características mais prescritiva, burocrática e punitiva. Os instrumentos existentes não subsidiavam a tomada de decisão e nem a formação das pessoas envolvidas.

A consolidação dos processos de avaliação reafirmou-se no Brasil com a criação da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica do Departamento de Atenção Básica - CAA/DAB - num processo de reorganização interna do Ministério da Saúde, com a elaboração do DAB da Secretaria de Políticas de Saúde, no ano de 2000. Inicialmente, denominada de Coordenação de Investigação, a CAA/DAB nasceu com o propósito de formular e conduzir os processos avaliativos relacionados a esse nível de atenção, compreendendo-se seu papel estratégico para o redirecionamento da organização do sistema de saúde no país.

Nesse contexto, já era reconhecido que era papel fundamental do gestor federal ser indutor da consolidação formal da avaliação nas três esferas do governo, salientando seu aspecto formativo, pedagógico e orientador das práticas, alinhando-se ao movimento internacional de institucionalização da avaliação corrente em países como Estados Unidos, Inglaterra, Canadá e França (BRASIL, 2005). Para isso, o entendimento nessa conjuntura era a elaboração de uma política de avaliação da atenção básica que garantisse a participação de trabalhadores da saúde, gestores, técnicos, pesquisadores e usuários do SUS e definições das formas de financiamento e das responsabilidades de cada envolvido no processo avaliativo.

Em 2006, foi firmado o Pacto pela Saúde que ratifica o processo de avaliação e monitoramento de programas e serviços da APS, a partir de informação sobre o território e suas características epidemiológicas para a realização de análise

das condições de saúde-doença-cuidado da população adscrita. (PEREIRA e GROISMAN, 2014)

Ainda segundo esses autores, também é válido ressaltar a importância do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF - na consolidação dos processos de avaliação e monitoramento na APS/ESF, pela utilização da Avaliação de Melhoria da Qualidade na Estratégia Saúde da Família (AMQ-ESF) como ferramenta de avaliação. A AMQ foi formulada em 2005 como um instrumento de avaliação da qualidade destinada a gestores, coordenadores da APS e equipes de saúde da família. Essa estratégia tem natureza quantitativa, baseada em padrões de qualidade, contudo promove o debate e a formação de acordos entre os envolvidos.

Em 2011, foi lançado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ-AB - com o intuito de incentivar a institucionalização da avaliação e do monitoramento, garantindo repasses a partir do alcance de padrões nos indicadores. Com esse programa, iniciou-se processo de introjeção nas práticas dos serviços da APS de atividades de monitoramento e avaliação, proporcionando engajamento, principalmente dos trabalhadores, nessas ações.

Já ocorreram três ciclos do PMAQ-AB e diversas análises das repercussões do programa já foram deflagradas e estão em constante execução. Com isso, cabe a ressalva das potências e dificuldades vivenciadas pelo programa ao longo de sua existência. Entre as potências, pode-se destacar o entendimento da importância sobre a avaliação e monitoramento pela equipe de saúde da família e do estímulo que foi proporcionado para isso. Sobre as dificuldades, pode-se aferir a dificuldade dos gestores compreenderem o programa e o uso do recurso oriundo do resultado da equipe.

Sabendo que existem essa e outras estratégias do Governo Federal para o incentivo da melhoria da qualidade nos serviços da APS, baseado nas diretrizes do SUS e pensado para esse sistema, fica a necessidade de compreender a iniciativa do Governo do Estado do Ceará sobre a elaboração de outro projeto para melhoria da qualidade da APS na lógica mercadológica e privatista, com grande incentivo aos seus consultores, nenhum repasse às equipes e municípios, sobre égides que se afastam das concepções de saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Assim, fica a reflexão sobre a disputa entre esses modelos que repousam suas concepções no acesso e na qualidade, com métodos diferentes, gerando aceitação, entendimento e experiência diferenciada entre gestores, trabalhadores e sujeitos que acessam o SUS.

Também é necessário refletir sobre a possibilidade de não permanência de ambas as propostas, considerando o cenário de congelamento financeiro e de mudanças de financiamento da APS/ESF/SUS ocorrida nos últimos tempos e como será aprofundada nos próximos tópicos deste estudo.

3.3 O Projeto Qualifica APSUS: proposta de fortalecimento da Atenção Primária do Estado do Ceará

O município de Tauá, em 2013, solicitou apoio à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, com intuito de qualificar a APS para torná-la verdadeira ordenadora da RAS, seja como componente, seja como sede da regional de saúde. (CONASS, 2018)

Ainda segundo esses autores, esse município esboçava interesse nessa direção da qualificação e algumas de suas iniciativas favoreceram o cenário local para a experiência da PAPS. São elas: município piloto do e-sus, local de atuação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em Saúde Mental e em Saúde Coletiva da ESP do Ceará; continuidade do curso técnico de agente comunitário de saúde; proposta de criação de Escola de Saúde Pública e o desenvolvimento do Telessaúde.

Como mencionado anteriormente, o projeto foi designado Planificação da Atenção à Saúde - PAS - e foi instituído o LIAPS, contando com o apoio de instituições como o Estado, a Escola de Saúde Pública, a FIOCRUZ, o CONASS e CONASEMS. (CEARÁ, 2017)

Sobral e Fortaleza, a partir de contratação particular da consultoria experienciaram a planificação, com o argumento do bom desempenho da vivência ocorrida em Tauá no período de 2014.

O Governo do Estado do Ceará assumiu a planificação para todo o estado com o nome de Projeto QUALIFICA APSUS CE, a partir de 2016, após a experiência ocorrida no município de Tauá, fortalecendo o discurso de melhoramento da ESF a

partir de práticas de eficiência e com o intuito de organizar as redes de atenção do estado.

A proposta do projeto necessitou ser modificada, considerando a análise do cenário do estado e a aproximação com as eleições, reduzindo o tempo de implantação, com adequação da quantidade de oficinas e da sua metodologia, porém com o pensamento de não comprometimento da proposta inicial. (CONASS, 2018)

Em 2015, ocorreram as oficinas com coordenadores da APS, técnicos das regionais de saúde e secretários de saúde, a fim de sistematizar a ideia para o estado e iniciar a sensibilização para a implantação do projeto.

A partir de 2016, o projeto foi apresentado nas Comissões Intergestoras Regionais (CIR) para melhor explicação e para a real viabilidade, no corrente ano, considerando que ocorreriam eleições municipais.

O projeto tem a finalidade de fomentar a reorganização do modelo de atenção, a partir da reestruturação da APS nos municípios para implantação e implementação das RAS. (CEARÁ, 2017)

Conforme assinalado abaixo, o Estado do Ceará pretende atribuir selos de qualidade para as unidades básicas de saúde e equipes de saúde da família que alcançarem os padrões de qualidade estabelecidos no projeto:

O Projeto Qualifica APSUS Ceará traz em seu escopo a realização de um ciclo de oficinas em paralelo a um sistema de tutoria in loco, proporcionando instrumentos, ferramentas, tecnologias de planejamento e de organização do trabalho para a qualificação da Atenção Primária. Contará, ainda, com a avaliação da qualidade na Atenção Primária, que atribuirá os Selos de Qualidade, Selos Bronze, Prata e Ouro às equipes de saúde que alcançarem os padrões de qualidade esperados. A avaliação vai possibilitar a verificação do estágio de desenvolvimento alcançado pelas unidades básicas de saúde, identificar e corrigir as não conformidades, bem como desenvolver planos de melhorias contínuas. (CEARÁ, 2017. p.2)

Ainda segundo Ceará (2017):

Em 2016, o Projeto teve adesão de 90 municípios distribuídos em 12 regiões de saúde do estado formando 220 facilitadores regionais, contando com a participação de 3.318 trabalhadores da Atenção Primária nas oficinas regionais e mais 6.676 nas oficinas municipais com resultados significativos, tais como: apropriação da marca “Qualifica APSUS Ceará” por parte dos trabalhadores da APS como principal movimento estadual desencadeado em 2016; maior integração e envolvimento dos trabalhadores com a proposta de reorientação da APS nos municípios e o engajamento dos trabalhadores da APS na cadeia de educação permanente do Projeto Qualifica APSUS na condução das oficinas municipais. (CEARÁ, 2017. p.8)

Pelo exposto, percebe-se que houve boa adesão dos municípios e disseminação da proposta e da marca do Projeto. Na 2ª Região de Saúde, cenário desse estudo, aderiram em 2016, Caucaia, Paracuru, Tejuçuoca, Paraipaba, Apuiarés, Itapajé, Pentecoste e São Luís do Curu, 8 entre os 10 municípios da Região de Saúde. Contudo, apenas Caucaia se manteve no Projeto. Os demais oficializaram sua retirada por mudanças na gestão municipal.

O projeto apresentava como objetivo apoiar os municípios no fortalecimento da APS para possibilitar que as equipes de saúde da família conseguissem: cumprir os atributos da APS; cumprir as funções de responsabilização da APS pela saúde da população adscrita, de comunicação nas RAS e de resolução de grande parte dos problemas de saúde da população sob sua responsabilidade; assumir a coordenação do cuidado nas RAS às condições crônicas; participar da rede de atenção às urgências.

Para adesão ao projeto é firmado um Termo de Cooperação Técnica - TCT - entre estado e municípios. O TCT celebra o compromisso de cada participante do projeto e orienta a condução do processo de implantação e de gestão. O termo pode ser apreciado no anexo A.

O TCT foi apresentado, pactuado e assinado na CIR. Com isso, prefeitos e secretários de saúde formalizam as responsabilidades de cada ente frente ao projeto. É relevante o destaque que na adesão não estão garantidas transferências de recurso, mas somente de tecnologia para viabilização da proposta (CEARÁ, 2017).

Ainda no TCT é designado o papel dos tutores, facilitadores e especialistas. Também é válido destacar as definições acerca das referências técnicas regionais e macrorregionais.

Referências técnicas macrorregionais são técnicos de nível superior do Núcleo de Atenção Primária (NUAP), vinculado à Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde (COPAS) da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA), que prestarão apoio institucional às macrorregiões de saúde no desenvolvimento do Projeto Qualifica APSUS Ceará.

As referências técnicas regionais são técnicos de nível superior das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES), que apoiarão os municípios no desenvolvimento do Projeto Qualifica APSUS Ceará, conforme perfil, atribuições e carga horária estabelecidos pelo Grupo Gestor Estadual.

Facilitadores são técnicos de nível superior das Coordenadorias Regionais de Saúde (CRES) e municípios, capacitados nos ciclos de oficinas estaduais e selecionados conforme perfil estabelecido pelo Grupo Gestor Estadual, que apoiarão as regiões de saúde na realização das oficinas e capacitações complementares do Projeto Qualifica APSUS Ceará.

Já os tutores são técnicos de nível superior da Secretaria Municipal de Saúde, que apoiarão as equipes de Atenção Primária à Saúde na implantação dos macroprocessos e microprocessos, conforme perfil, atribuições e carga horária estabelecidos pelo Grupo Gestor Estadual. Os especialistas são profissionais expertises em determinado assunto de interesse para o projeto.

Em posse do TCT e com as pactuações claramente estabelecidas, o município inicia sua articulação-condução do projeto, respondendo ao instrumento para avaliação da qualidade, gerando plano de ação para a gestão da qualidade, onde as atividades pactuadas são construídas e monitoradas pela equipe e pelos tutores.

É válido destacar que o Projeto Qualifica APSUS deve ser contemplado no Plano Municipal de Saúde do município participante.

Sobre a escolha da unidade laboratório, ela é feita pelo gestor municipal (secretários de saúde e prefeitos) e deve ser escolhida em concordância com a equipe, considerando a liderança do gerente local e a motivação da equipe para a realização da experiência.

A equipe participante deve direcionar 50% dos integrantes para participação da oficina regional e possuem a tarefa de realizar a mesma vivência com os demais membros da equipe. Esse processo foi designado no projeto como Educação Permanente em Cadeia.

Esse processo visa conferir operacionalidade e a execução do projeto, mediante processos formativos de gestores e trabalhadores, com esteio na proposta de educação permanente, na modalidade de oficinas temáticas. Tais oficinas se desdobram em produtos que se traduzem em instrumentos e métodos de reorganização do processo de trabalho que na estrutura de governança dessa execução local é acompanhado por um tutor, que tem o papel de identificar o grau de implantação daquele instrumento ou meta que a equipe alcançou.

Foram pactuadas seis oficinas com temas e produtos já demarcados pela SESA. São elas: Oficina 1 – Atenção Primária à Saúde: fundamentos, gestão e

avaliação da qualidade; Oficina 2 – Processos básicos na Atenção Primária à Saúde: territorialização, cadastramento e diagnóstico local; Oficina 3 – As condições crônicas na Atenção Primária à Saúde; Oficina 4 – Os eventos agudos na Atenção Primária à Saúde; Oficina 5 – Ações de prevenção e gerenciamento de micro processos de risco na Atenção Primária à Saúde; Oficina 6 – Monitoramento e avaliação na Atenção Primária à Saúde.

Também estão previstas oficinas complementares para subsidiar as ações do projeto, a fim de dar melhor embasamento para as atividades propostas.

A concorrência à certificação depende de inscrição da equipe em edital publicado pela Secretaria de Saúde do Estado. Os requisitos mínimos para estarem nesse processo são a participação em 4 oficinas regionais do projeto, adesão ao projeto nos anos de 2016 e 2017 e atingir, no mínimo, 60% de conformidade no Instrumento de Avaliação para Qualidade da Atenção Primária à Saúde, na fase de autoavaliação.

O primeiro edital após o processo de implantação foi lançado em abril de 2018, com a participação de 99 municípios, onde 88 foram certificados. Em relação à UBS, foram inscritas 170 e certificadas 147. Em relação à ESF, 207 foram inscritas e 177 foram certificadas.

Na Região de Caucaia, quatro municípios se inscreveram para concorrer ao selo: Caucaia, General Sampaio, São Gonçalo do Amarante e São Luís do Curu que submeteram, ao total, 6 UBS e apenas 5 foram certificadas, ficando um município sem o selo.

O Instrumento para Avaliação da Qualidade na Atenção Primária à Saúde é a ferramenta que verifica a implantação dos macro e microprocessos do projeto, sugerindo a certificação com o selo bronze, caso atinja 70% das conformidades.

Esse instrumento utilizou como referências o Manual Brasileiro de Acreditação – ONA (2014), o Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde – Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2010), o Instrumento de Avaliação da Qualidade na Atenção Primária – Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia – MG (2011/2012), o Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ – Ministério da Saúde (2013), o Programa Nacional de Segurança do Paciente – Ministério da Saúde (2013) e os guias de estudos das oficinas do APSUS, da Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (2013/2014). (CEARÁ, 2018)

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Foi desenvolvido estudo caso de natureza qualitativa, com abordagem multidimensional, numa perspectiva analítico-crítica.

Para Gil (2011), o Estudo de Caso consiste no trabalho aprofundado e exaustivo de um ou de poucos objetos, a fim de permitir o seu conhecimento ampliado ou detalhado.

A abordagem qualitativa foi eleita por considerar o estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. (MINAYO, 2013)

4.2 Local do estudo

O caso é representado pela 2ª Região de Saúde do Ceará - Caucaia - selecionado por constituir cenário de implantação do Projeto Qualifica APSUS; ter sede da Coordenadoria Regional de Saúde na Região Metropolitana de Fortaleza, o que representa uma possibilidade de efetivo acompanhamento da execução do Projeto por parte da gestão estadual; o município de atuação da pesquisadora é inscrito na jurisdição desta Região de Saúde; e, a pesquisadora participou da implantação do projeto como tutora nessa Região de Saúde.

O estado do Ceará possui 22 Coordenadorias Regionais de Saúde, distribuídas em cinco macrorregiões de saúde, com vistas a garantir a diretriz de regionalização do SUS. Essas regiões são estabelecidas de acordo com aspectos geográficos, de similaridades de fluxo de transporte, de aspectos culturais e econômicos (CEARÁ, 2020).

A 2ª Coordenadoria Regional de Saúde de Caucaia - CRES - macrorregião de Fortaleza, é formada por 10 municípios. São eles: Apuiarés, Caucaia, General Sampaio, Itapajé, Paracuru, Paraipaba, Pentecoste, São Gonçalo do Amarante, São Luís do Curu e Tejuçuoca. É a quarta maior do estado em termos populacionais.

O único município que participou da primeira adesão ao projeto e conduziu sua execução de forma independente foi Caucaia. Os 8 municípios que participaram da segunda adesão ao projeto foram: São Gonçalo do Amarante, Paracuru, Tejuçuoca, General Sampaio, Apuiarés, Itapajé, Pentecoste e São Luís do Curu. O Projeto Qualifica APSUS – CE teve adesão de 95 municípios em 2017, em todo o estado, no segundo processo de adesão.

Figura 1 – Mapa dos municípios que compõem a 2ª Região de Saúde do Ceará



Fonte: Ceará, 2020.

Entre os municípios da microrregião participantes, dois se submeteram ao processo de avaliação e alcançaram a acreditação concorrida que foi o selo bronze de acreditação.

No quadro 1 abaixo, estão descritos os municípios que constituem a Região de Saúde que foi cenário deste estudo com seu contingente populacional, números de equipe do município, número de equipes participantes do projeto e equipes que obtiveram o selo de qualidade.

Quadro 1 – Distribuição das Equipes de Saúde da Família participantes do Projeto Qualifica APSUS, na 2ª Coordenadoria Regional de Saúde do Ceará, por município. Fortaleza, 2020

Municípios	População dos municípios	Número de equipes	Número de Equipes de ESF participantes no Projeto.	Conseguiram o Selo
São Gonçalo do Amarante	43.890	16	3	3
Paracuru	31.636	11	1	Nenhuma
Tejuçuoca,	16.836	8	1	Nenhuma
General Sampaio	6.099	3	1	1
Apuiarés	13.927	6	1	Nenhuma
Itapajé	51.538	19	1	Nenhuma
Pentecoste	35.412	15	1	Nenhuma
São Luís do Curu.	12.519	5	1	Nenhuma

Fonte: Elaborado pela autora

Pelo quadro anterior, fica expressa a realidade de participação dos municípios da 2^o região de saúde no projeto Qualifica APSUS – CE. Cabe refletir sobre a quantidade de equipes apontadas pelos gestores para a vivência dessa experiência e o limitado alcance do selo bronze pelas equipes e unidades básicas de saúde participantes.

Assim, reafirma-se a necessidade de compreender esse fenômeno e a importância desse estudo para o atual cenário da saúde pública no estado do Ceará.

4.3 Participantes do estudo

Para este estudo, o critério de participação estabelecido foi a elaboração e a execução do Projeto Qualifica APSUS, tanto no âmbito da gestão, quanto da atenção à saúde.

Em relação à gestão do projeto, foram considerados os seguintes atores: representante do CONASS, gestor do projeto na Secretaria de Estado da Saúde, representante da coordenadoria regional de saúde, secretários municipais de saúde e tutores. No âmbito da atenção à saúde, participaram da pesquisa os trabalhadores da ESF dos municípios selecionados.

Destaca-se o fato de que a seleção do município levou em consideração a premiação com o selo bronze do Projeto Qualifica APSUS. Assim, foi incluído um município premiado e outro que não conseguiu o selo, seja por não participar do processo de avaliação ou por não ter atingido o mínimo requerido para tal. Também foi considerada a similaridade de fluxos de saúde, pactuações políticas e financeiras para a rede de serviços de saúde, malha viária intermunicipal, diferentes portes demográficos e a aceitação em participar do estudo.

Desse modo, dos municípios que aceitaram contribuir com o estudo, foram convidados a participar os Secretários de Saúde, equipes que participaram do projeto e tutores. As equipes que participaram dessa primeira certificação foram convidadas a participar, perfazendo a proposta inicial de 3 equipes.

Os participantes deste estudo foram distribuídos em três grupos:

- Grupo I - corresponde aos gestores/indutores do projeto, os atores que formularam e viabilizaram o projeto. Estão inscritos nesse grupo representantes do CONASS, SESA e CRES.
- Grupo II – composto por Secretários Municipais de Saúde que pertencem à microrregião em estudo.
- Grupo III - composto pelos trabalhadores das Equipes de Saúde da Família que participaram do Projeto e tutores. Foram incluídos médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas e representantes do nível técnico (técnico de enfermagem, técnico de saúde bucal ou componentes do administrativo).

A amostra qualitativa do estudo foi composta intencionalmente, perfazendo 16 participantes. Destes, 5 gestores do projeto, 4 Secretários de Saúde, 1 tutora do projeto e 6 trabalhadores da ESF, sendo 1 médico, 2 enfermeiros, 1 dentista, 1 técnico de enfermagem e 1 agente comunitário de saúde.

Ao longo desse estudo, tivemos algumas dificuldades na captação dos participantes, seja por não pertencerem ao perfil proposto, ou seja, não participaram

da implantação do projeto. Essa situação esteve presente entre os participantes trabalhadores e gestores, devido à rotatividade e instabilidade desses.

Outra dificuldade foi na compatibilidade de agenda para realização de entrevista com alguns participantes. Ocorreram várias tentativas, até ser viabilizado o encontro.

Na contramão das dificuldades, é preciso destacar a grande receptividade e o apoio dos municípios, da regional de saúde e da maioria dos participantes que viram nesse estudo a possibilidade de compreender o Projeto Qualifica APSUS e de visualizar sua construção e a participação de cada sujeito.

Para preservar o anonimato dos participantes, foi adotada uma codificação da seguinte forma: tratamos os gestores estaduais, os representantes de instituições e gestores municipais pelas iniciais do grupo, números sequenciais e pela ordem das entrevistas. Os trabalhadores dos municípios foram identificados pelas iniciais do grupo, numeração do município participante e números sequenciais, de acordo com as entrevistas.

4.4 Técnicas e instrumentos de coleta de dados

Os grupos I e III foram convidados a participar de entrevistas individuais, com roteiro semiestruturado (Apêndice A), que foram gravadas e registradas pela pesquisadora com os devidos cuidados em respeito aos aspectos éticos da pesquisa com seres humanos.

A entrevista foi escolhida como técnica de coleta para este estudo por possibilitar a apreensão de dados referentes aos mais diversos aspectos do fenômeno, com profundidade, flexibilidade e, considerando, outros aspectos da comunicação, como a sua expressão não verbal. (GIL, 2011)

O Grupo II foi convidado a participar de grupo focal que, realizado em CIR, foi pactuado com antecedência com a Coordenadora da região de Saúde de Caucaia. Também foi gravado e registrado pela pesquisadora, seguindo os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos.

O grupo focal pode ser caracterizado como um recurso para compreender o processo de construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos. (GONDIM, 2003)

O grupo focal foi norteado por roteiro que está descrito no Apêndice B. Para registro do grupo focal foi utilizado gravador para captação das falas e posterior transcrição. Também serão feitos registros da pesquisadora no roteiro.

Também foi utilizada pesquisa documental do instrumento de pactuação do projeto, do planejamento das unidades e de outros instrumentos que forem pertinentes à pesquisa. Para Gil (2011), a pesquisa documental é capaz de proporcionar ao pesquisador dados em quantidade e qualidade suficiente para evitar a perda de tempo, o constrangimento e também por ser imprescindível em muitos casos para a investigação social.

4.5 Análise de dados

Quanto à organização dos dados foi utilizada a Técnica de Análise de Discurso de Orlandi (2005), que enfatiza que com o estudo do discurso, observa-se o homem falando. Esta mesma autora afirma que a Análise de Discurso (AD) se estabelece pela relação entre a psicanálise de Lacan, o marxismo de Althusser e a linguística de Saussure.

Segundo Caregnato e Mutti (2006), para constituir o *corpus* para análise, representativo da Análise de Discurso, não há um caminho pronto para efetivar a análise, mas após várias leituras poderão ser identificados eixos temáticos, que emergem num movimento em que o enunciado leva ao enunciável e vice-versa, explorando-se marcas linguísticas cujo funcionamento discursivo irá trabalhar, fazendo os recortes das formulações nas quais aparece tal ênfase. Cabe informar o enfoque analítico que é dado à pesquisa.

Qualquer elemento pode ser estudado enquanto marca linguística, podendo ser selecionadas poucas marcas linguísticas para interpretação. Na AD não é necessário analisar tudo que aparece na entrevista, pois se trata de uma análise vertical e não horizontal.

Para Orlandi (2005), a AD tem interesse no significado do texto e não se objetiva, a exaustividade horizontal, em extensão, nem a completude, ou exaustividade em relação ao objeto empírico. Não há discurso fechado em si mesmo. A exaustividade almejada, a vertical, deve ser considerada em relação aos objetivos da análise e a sua temática.

Entende-se que os conceitos de sujeito, linguagem e discurso são basilares constitutivos do referencial filosófico da Análise do Discurso, diferenciando-se da forma como são trabalhados em outras propostas metodológicas. A AD critica a centralização do conceito da subjetividade e o sistema totalmente autônomo do objeto linguístico, pois não trabalha com o objetivismo abstrato ou com o entendimento do sujeito como onipotente (ORLANDI, 2005).

Para ela, o sujeito discursivo se constitui e se produz na linguagem, na sua materialidade significativa. É o sujeito falante que se coloca e se situa na linguagem e pela linguagem; é o sujeito cindido por seu inconsciente (LIMA, 2012).

A Análise do Discurso consiste em uma proposta teórico-metodológica, que busca superar a apreensão linear da linguagem exteriorizada, em seu caráter de superficialidade, e assim compreendê-la de forma articulada às suas condições de produção. Busca os significados do texto, a linguagem expressa nas relações estabelecidas e os sentidos atribuídos a partir das condições em que o mesmo é produzido; visa a compreensão e explicitação da história dos processos de significação, para atingir, assim, os mecanismos de produção de sentidos (ORLANDI, 2005).

Segue as seguintes etapas:

- 1º etapa: passagem da superfície linguística para o objeto discursivo;
- 2º etapa: passagem do objeto discursivo para o processo discursivo;
- 3º etapa: processo discursivo.

Na primeira etapa, a passagem da superfície linguística deu-se por leitura exaustiva do material transcrito, garantindo-se a expressão literal do autor da fala, preservando-se todas as partículas discursivas. foi constituído o corpus do estudo, cuja produção se dá pela relação entre ideologia, história e linguagem. Nesse momento, também se utilizou de recursos linguísticos para caracterizar a fala. Esse procedimento buscou preservar os sentidos produzidos na enunciação. Para identificação dos recursos linguísticos, foram utilizados os seguintes indicadores de texto:

- 1) Reticências com parênteses (...): representando uma pausa no pensamento;
- 2) Interrogação (?): representando uma pergunta ou um questionamento;

- 3) Exclamação (!): representando surpresa, espanto ou ênfase;
- 4) Vírgula (,): representando uma breve pausa na fala, posteriormente continuada;
- 5) Ponto (.): representando o término de uma enunciação discursiva;
- 6) Negrito no texto: representando uma descrição do que ocorreu, mas que não se expressou pela linguagem verbal; como, por exemplo, o aumento ou a diminuição no tom da voz, risos, pausas, choros, interrupções, expressões de concordância (né, tá, hum hum) e outras partículas linguísticas;
- 7) Texto em itálico dentro de colchetes: representando um comentário do pesquisador esclarecendo a enunciação ou motivando os sujeitos pesquisados a falarem.

O uso desses marcadores de produção de sentido possibilitou a não superficialização do corpus, caminhando da superfície linguística para o objeto discursivo.

A segunda etapa trata da formação do processo discursivo. Isso se dá com a identificação dos dispositivos analíticos. Os mais usuais entre os estudiosos da Análise do Discurso são: metáfora, polissemia, paráfrase, interdiscurso e negação. A identificação destes dispositivos possibilitou compreender os sentidos das palavras e dos enunciados, imprescindíveis ao processo de desvendamento de um discurso.

Para Gomes (2006), a metáfora é definida como o fenômeno semântico produzido por uma substituição contextual, pelos deslizamentos de sentidos; é a tomada de uma palavra pela outra através de um mecanismo de transferência.

Ainda esse autor explica que a polissemia externa os múltiplos sentidos produzidos pelo sujeito, o diferente do já dito. Expressa uma ruptura na continuidade discursiva e onde se tem a escassez do discurso e, a partir desta, novos sentidos são produzidos. Esse dispositivo, por sua vez, evidencia para uma mesma palavra, por exemplo, sentidos diferentes quando ela situa-se em formações discursivas distintas. Os processos parafrásticos são aqueles pelos quais em todo dizer há algo que se mantém, consistem em diferentes formulações do mesmo dizer sedimentado, estabilizado.

No interdiscurso, o sujeito elabora o seu dizer remetendo-o a outros discursos em função da sua aproximação com os mesmos e das suas posições ideológicas; esta condição resulta também da posição que o sujeito ocupa no contexto discursivo. (GOMES, 2006).

A negação diz respeito a algo que está reprimido no plano da consciência, mas que surge no discurso como retorno do recalcado, sob a forma de alteridade, de não ser, em oposição ao discurso já instituído, pois trata-se de um dito que não está autorizado a se dizer naquele momento discursivo (GOMES, 2006).

Segundo Lima, Vieira e Gomes (2017), a metáfora significa a tomada de uma palavra pela outra, através de um mecanismo de transferência de sentido, tendo relação de semelhança. A polissemia apresenta os múltiplos sentidos produzidos pelos sujeitos, construindo o diferente do já dito, conferindo multiplicidade de sentidos. A paráfrase consiste em diferentes formulações do mesmo dizer sedimentados, ou seja, uma velha afirmação, utilizando outras palavras. O interdiscurso configura a memória discursiva, pois o sujeito elabora o seu falar remetendo-se a outros discursos, em função da sua aproximação com os mesmos e das suas posições ideológicas. A negação aborda que em todo discurso comporta o não sentido. Ao negar o inconsciente, ele comparece no discurso através dos atos falhos, dos lapsos e deslizamentos de sentido.

Esses dispositivos produzem as formações discursivas que constituem o processo discursivo. Tal processo, além de conter as formações discursivas também guarda as formações ideológicas que fundamentam o discurso e é o produto da análise elencada, configurando-se a terceira etapa do processo.

As formações discursivas apontam as formações ideológicas presentes na discursividade. Com isso, pode-se dizer que na Análise do Discurso o sujeito está inserido no interior de uma formação ideológica que se apresenta nas diversas formações discursivas presentes no seu dizer e não dizer.

Gomes (2007, p. 560) destaca que:

“os sujeitos constroem as suas enunciações acerca da temática proposta abarcando-a com abrangência ou características diferenciadas, mas a partir de um mesmo ponto que é o local onde a ideologia se mostra. Configura-se, então, um modelo semelhante ao efeito de uma pedra jogada em uma superfície hídrica, originando vários círculos concêntricos em sucessivas formações (repetição) a partir de uma mesma origem, motivação ou causa (ideologia)”.

Neste trabalho, as formações ideológicas foram denominadas neoliberalismo e capitalismo, considerando o entendimento das formações discursivas identificadas nos discursos.

É importante reiterar que a interpretação realizada pelo analista também é influenciada pelo seu afeto, sua posição, suas crenças e suas experiências, ressaltando que a interpretação nunca será absoluta e única.

É válido destacar que Orlandi e Pêcheux fornecem os parâmetros para a realização da análise, mas percebe-se que eles não tiveram a intenção de detalhar o procedimento, permitindo que o seu referencial fosse utilizado para fundamentar caminhos metodológicos não explicitamente (re)conhecidos por eles, embora lhes atribuam os pilares teórico-metodológicos sobre os quais deve se desenvolver a análise. (GOMES, 2007)

4.6 Aspectos éticos

O protocolo de pesquisa atendeu às exigências éticas estabelecidas na Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012). Assim, a coleta de dados foi iniciada somente após aprovação no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com parecer favorável, sob nº. 3.240.060 (ANEXO C).

Os participantes foram informados sobre os objetivos estabelecidos para a pesquisa, os riscos e os benefícios. Expressaram sua aquiescência em participar do estudo mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice C) - no qual foi garantido o anonimato, o sigilo e a privacidade, além da plena liberdade para recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

5 ANÁLISE MULTIDIMENSIONAL DO PROJETO QUALIFICA APSUS: DISCURSO DOS GESTORES E TRABALHADORES DA ESF

5.1 Análise das formações discursivas acerca do Projeto Qualifica APSUS – CE

5.1.1 O discurso sobre gestão do trabalho na APS

Essa formação discursiva carrega os elementos que tratam sobre o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família. O processo de trabalho na ESF abrange o cuidado no interior da assistência da equipe de saúde da família, inseridos na dialética entre produção e consumo.

Para Fontana, Lacerda e Machado (2016), o processo de trabalho em saúde é entendido como um conjunto de ações coordenadas, desenvolvidas pelos trabalhadores, onde indivíduos, famílias e grupos sociais compõem o objeto de trabalho, e os saberes e métodos representam os instrumentos que originam a atenção em saúde.

Ainda esses autores trazem o entendimento de gestão do processo de trabalho como o esforço do Estado, nos diferentes níveis de governo, de regulação das relações sociais de trabalho, capacitação e formação profissional e criação de condições adequadas de trabalho. O conjunto desses fatores deve dar suporte a um processo de trabalho diferenciado, que determina mudança no modelo assistencial no sentido de ofertar uma atenção primária à saúde resolutiva e de qualidade.

É importante refletir sobre o processo de trabalho em saúde com vistas na sua construção dentro do modelo de sociedade atual, localizando as necessidades de saúde e a produção do cuidado.

As necessidades de saúde são determinadas e construídas historicamente e são atendidas através de políticas que expressam o modo de produção capitalista e as ações para o atendimento dessas necessidades se expressam na organização dos serviços de saúde.

Segundo Ramos (2007), visto pelo prisma ontológico, a atenção em saúde poderia ser compreendida como a ação humana destinada ao cuidado. Se o trabalho não é uma mercadoria, o trabalho em saúde seria o meio pelo qual a existência é

produzida e mantida como bem-estar físico, mental e social. A transformação do trabalho em mercadoria sob o modo de produção capitalista, entretanto, também reconfigura o trabalho em saúde como produtor de um bem-estar definido pelos padrões de produção.

À medida que o ser humano se coisifica, sendo obrigado a transformar sua força de trabalho em fator de produção, é reduzido em sua humanidade. Nessas condições, o trabalho em saúde se reduz à produção e à manutenção de vidas objetivadas e reduzidas também a fatores de produção. (RAMOS, 2007)

Com o advento desse novo modo de produzir a vida, o corpo humano adquire um novo significado social, como sede da força de trabalho, o que torna o trabalho em saúde um elemento estratégico tanto para o capital, pelo controle das tensões sociais a partir do aumento do consumo das classes subalternas, quanto para os trabalhadores, pelas perspectivas abertas de ampliação efetiva dos direitos sociais, constituindo, assim, novas e contraditórias necessidades de saúde. (LIMA, 2007)

A partir dessa compreensão, refletir sobre a produção do cuidado e as necessidades de saúde estabelecidas no SUS e ESF revelam as perspectivas da assistência à saúde e geram entendimento sobre a realidade estudada. Tal assistência é confirmada nos modelos de gestão do trabalho estabelecidos dentro do sistema de saúde. Existem várias propostas no contexto atual, porém é relevante destacar o modelo Taylorista que é o mais prevalente e baseado na divisão entre executores e planejadores, na normatização de processos e procedimentos e na inexistência de cooperação entre indivíduos e especialidades. (SHIMIZU E CARVALHO JUNIOR, 2012)

Para Fischborn e Cadoná (2018), os diferentes modelos de organização do processo de trabalho no capitalismo colocam-se, nesse sentido, como esforços históricos de criação e de afirmação de diferentes estratégias de controle e de disciplina fabril. Novos mecanismos e novas estratégias de controle são desenvolvidos sem, contudo, romper com a natureza do processo de trabalho no capitalismo, enquanto processo subordinado à lógica de valorização do capital.

Shimizu e Carvalho Junior (2012) em estudo realizado na ESF do DF apontam que o ritmo de trabalho, a pressão por prazos para a realização do trabalho, a cobrança por resultados, a falta de pessoal para a realização das tarefas, a fiscalização de desempenho no trabalho e os resultados desejados não condizentes

com a realidade foram considerados fatores críticos, o que revela um enfoque da gestão voltada para o incremento da produtividade.

Ainda segundo esses autores o que se relaciona com o desempenho cotidiano do processo de trabalho foram avaliadas também como críticas a rigidez das normas para a execução das tarefas, a divisão de trabalho entre planejadores e executores, a ocorrência de descontinuidade na execução das tarefas. Para os autores, esse conjunto de resultados indica a possibilidade de que o processo de trabalho na ESF/DF se dê nos marcos do modelo difundido por Taylor. O método taylorizado inviabiliza os espaços de diálogo, de discussão entre os trabalhadores, a troca de informações e de conhecimentos que permitam resolver problemas e ressignificar as normas estabelecidas, as prescrições, visto que o trabalho está reduzido ao cumprimento rigoroso do que está prescrito nas regras sobre o processo na ESF.

Em estudo sobre a avaliação da gestão do trabalho na ESF no estado do Amazonas, Pires (2012) identifica, através da análise dos discursos dos trabalhadores, que a opção pelo trabalho nessa Estratégia se deve às questões referentes ao mercado de trabalho e não ao perfil considerado adequado para o desenvolvimento dessas questões. Relatam fatores de descontentamento no trabalho na ESF, como: sobrecarga de trabalho, desvalorização, interferência dos interesses políticos na permanência e contratação dos profissionais, vínculos precários de trabalho, alta rotatividade e déficit de trabalhadores. (GALAVOTE *et al*, 2016)

Sobre o histórico do processo de trabalho na saúde do Brasil, a gestão do trabalho ganha visibilidade na segunda metade da década de 1990, no contexto de flexibilização das relações de trabalho. Esse foi um período marcado pela reforma neoliberal que norteou a reforma do aparelho de Estado, redefinindo a relação entre o Estado, a sociedade e o mercado. (VIEIRA, 2007)

A partir do Governo Collor, com destaque para o período do Presidente Fernando Henrique Cardoso, entre os anos de 1995 e 2002, era divulgada a ideia de que o Estado sofria uma crise fiscal e uma crise do modelo burocrático de gestão pública. Diante da crise gerencial, do déficit público e da necessidade do equilíbrio fiscal, a fim de captar empréstimos externos, os Estados em desenvolvimento trabalharam dentro da perspectiva neoliberal, implementando o pacote de medidas formulado pelo consenso de Washington de 1989 para se inserirem de forma

subordinada na economia mundial globalizada. (VIEIRA, 2007; SILVA, SOUZA, TEIXEIRA, 2017)

O ajuste fiscal foi um dos principais mecanismos para implementar o redirecionamento do Estado, no sentido de reduzir os recursos destinados para as áreas sociais e priorizar os recursos destinados para o capital financeiro, para o pagamento de juros e amortizações da dívida junto aos credores internacionais. Isso se processou através da redução dos direitos sociais e trabalhistas, intensificação da exploração da força de trabalho e redução dos recursos para políticas sociais. (VIEIRA, 2007)

Nesse contexto de sucateamento das políticas públicas sociais, baixa remuneração dos trabalhadores dos serviços públicos e da flexibilização das relações de trabalho, somando-se ao aprofundamento das desigualdades sociais e econômicas e da priorização da amortização das dívidas internacionais, ocorre o aumento do afastamento dos preceitos constitucionais que regem a saúde.

A partir de 2003, com início do governo de frente popular, houve um esforço de construir um novo modelo de gestão do trabalho no SUS alinhado com a possibilidade de gerar maior satisfação para os trabalhadores, queda da rotatividade, maior atenção aos microprocessos da gestão do trabalho, estímulo à educação permanente e o reconhecimento da necessidade do estabelecimento de espaços de negociação de conflitos nas relações de trabalho (VIEIRA, 2007)

Ainda esse autor traz que nesse contexto em que as temáticas da gestão do trabalho e da educação na saúde ganham centralidade, é criada a Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde, que define o papel do gestor federal quanto às políticas de formação, desenvolvimento, planejamento e gestão da força de trabalho em saúde no país. Das tarefas a serem elaboradas pela SGTES estavam a perspectiva reducionista da gestão, a inadequada distribuição de trabalhadores, vínculos precários, escassa informação sobre incentivos à produtividade, processos de avaliação, baixos salários e inadequadas condições de trabalho.

Em 2004, foi constituída a comissão especial para elaboração de diretrizes para viabilizar o PCCS-SUS, tomando como referência os Parâmetros e Diretrizes da NOB-SUS 02/98, atendendo não só demandas dos trabalhadores como dos gestores. As principais questões discutidas envolvem as bases legais e administrativas da

carreira, elementos de uma carreira nacional exclusiva para atender às necessidades dos municípios carentes, valorização dos trabalhadores de saúde do SUS, com desenvolvimento de mecanismos que promovam, nas três esferas de governo, o fortalecimento da identidade desses trabalhadores (VIEIRA, 2007)

Em 2006, outro avanço para a agenda de elaborações sobre o processo de trabalho foi o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, que partia da constatação de que cerca de 30% da força de trabalho encontra-se inserida em modalidades de relações precárias no setor público de saúde.

A precarização dos vínculos de trabalho no âmbito da Estratégia Saúde da Família começou desde o início de sua implantação, por parte dos municípios, sob a justificativa de que se tratava de um programa sem estabilidade, deixando os gestores municipais temerosos, proporcionando, assim, a utilização de contratos temporários efetuados diretamente com as Prefeituras Municipais ou através de cooperativas, OSS, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP - resultando em vínculos precários e instabilidade profissional. (VASCONCELOS e SILVA, 2020)

Ainda essas autoras destacam que existe um grande quantitativo de pessoas que trabalham na ESF de forma desprotegida pelas leis trabalhistas e que este cenário continua prevalente na atualidade. O descaso por parte dos gestores municipais pode ter relação com a Lei de Responsabilidade Fiscal, de 4 de maio de 2000, que estabelece o percentual de gasto com trabalhadores. Contudo, essa lei restringe-se aos servidores públicos, uma vez que as demais formas de contratação, não são captadas por órgãos fiscalizadores de controle externo, como o Tribunal de Contas dos Municípios - TCM.

Em 2008, ocorre a crise mundial caracterizada, em linhas gerais, pela queda tendencial da taxa de lucro, pelos problemas gerados a partir da modalidade de empréstimos como crédito de risco e pela especulação imobiliária nos Estados Unidos e em países da Europa. Nesse contexto, os sistemas universais de saúde sofreram grave ofensiva, comprometendo a universalidade e aprofundando a comercialização, cortes com restrições de serviços, transferência de custos para os usuários, diminuição de responsabilidades por parte do Estado e aumento nas formas de privatização. O SUS também é comprometido nesse panorama, considerando que vive uma crise desde a aprovação da Constituição Federal de 1988 que se expressa

no subfinanciamento, na articulação público-privada, na gestão e na desvalorização dos trabalhadores de saúde. (TEIXEIRA e PAIM, 2018)

Esse cenário de crise não é percebido de imediato no Brasil, uma vez que em 2011 tem-se a publicação da Política Nacional de Atenção Básica - PNAB - que registra como responsabilidades das três esferas governamentais sobre o processo de trabalho na ESF, com destaque para:

“Desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes, a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários, a qualificação dos vínculos de trabalho e a implantação de carreiras que associem desenvolvimento do trabalhador com qualificação dos serviços ofertados aos usuários.”(BRASIL, 2011)

Ainda com a existência desses registros e manutenção de espaços que tratavam da gestão do processo de trabalho e da educação em saúde, na realidade, os avanços eram mínimos, localizados e pouco percebidos pelo universo dos trabalhadores.

Galavote *et al* (2016), em pesquisa realizada com gestores sobre processo de trabalho, aponta que a formação em serviço dos profissionais da ESF é identificada como uma prioridade para a melhoria do cotidiano de trabalho. No entanto, os gestores reconhecem que ela inexistente no município de forma sistematizada e organizada, e a associam a um limite da constituição da gestão em saúde, devido à rotatividade de profissionais nas equipes, decorrente de fatores intrínsecos à gestão do trabalho, como vínculos empregatícios; e extrínsecos, como a interferência política na contratação de trabalhadores.

Já em pesquisa realizada na ESF do Distrito Federal, sobre as condições de trabalho, constatou-se que os trabalhadores convivem com a insuficiência de materiais considerados básicos para o desempenho das suas atividades como insumos, instrumentos, equipamentos e espaço físico. Tal situação, além de gerar desgastes, pode aumentar a insegurança por parte dos trabalhadores e da população em relação aos serviços prestados. Além disso, pode ser uma fonte de desgaste cognitivo e afetivo para os trabalhadores que atuam com zelo no cuidado das famílias. As relações sócio profissionais nas equipes da ESF se apresentam como a situação mais grave no contexto do trabalho. Há dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados, falta integração no ambiente de trabalho, a comunicação entre os

funcionários é frequentemente insatisfatória, bem como ocorre falta de apoio das chefias para o desenvolvimento profissional. (SHIMIZU E CARVALHO JUNIOR, 2012)

Sobre a atuação dos trabalhadores, sejam da saúde ou atuando em outras atividades, é válido destacar que sua prática ocorre de maneira (apenas) relativamente autônoma em seus locais de trabalho. Suas ações, nesse sentido, estão sempre sujeitas a algum grau de condicionamento, seja por dinâmicas de organização presentes nos locais onde atuam, por influência de relações sociopolíticas estabelecidas nos espaços de realização do trabalho, ou pelas relações sociais de produção predominantes numa dada formação social. (FISCHBORN E CADONÁ, 2018)

Com isso, não há como realizar um cuidado efetivo e afetivo sem considerar os demais vetores que agem para viabilizar tal processo. Sendo o trabalhador e o encontro entre trabalhador e sujeito do cuidado o pilar para a assistência à saúde, atuar sobre isso, depositando responsabilidades sobre eles que não os pertence, coloca-os em situação de fragilidade, prejudicando o cuidado.

Fischborn e Cadoná (2018, afirmam que ao atribuir “autogoverno do trabalhador sobre seu processo de trabalho” permitindo a possibilidade de tratá-lo como principal agente de mudança, responsabilizando os trabalhadores pelos problemas cujas origens estão relacionadas a condições que decorrem do modo como as políticas públicas e, por consequência, o trabalho em saúde está estruturado.

Ainda esses autores colocam a importância de destacar que os espaços concretos de trabalho em saúde configuram-se como espaços de tensões e de contradições para os trabalhadores. De um lado, os trabalhadores se veem inseridos em dinâmicas de democratização das políticas e de ações legalizadas pelas políticas públicas, numa conformação normatizada de trabalhar. Por outro lado, convivem com a lógica de mercado que prioriza o lucro, introduz a visão econômica e administrativa ao trabalho em saúde, precariza as relações de trabalho e restringe o financiamento em saúde. Contraditoriamente, exige-se dos trabalhadores a habilidade de trabalhar em equipe e de realizar um trabalho humanizado, por outra perspectiva, tais exigências se inserem em um contexto de políticas de gestão centradas nos princípios da racionalização, da diminuição dos custos, de afirmação de padrões de qualidade que quantificam as relações, de incentivo à eficiência, à competitividade e ao individualismo.

Com isso, é relevante destacar que as contradições do sistema capitalista que atuam diretamente sobre o processo de trabalho no SUS potencializam o afastamento de trabalhadores e sujeitos do cuidado da compreensão de saúde como um direito e aproxima-os da tratativa da saúde como uma mercadoria. Esse é um processo que necessita ser revertido, considerando todos os ataques que o SUS e a ESF têm sofrido nos últimos anos.

Ainda sobre os aspectos históricos do processo de trabalho no SUS, é importante destacar a normatização das Redes de Atenção, a partir da lei 7508 de 2011. As RAS trazem novas temáticas para a saúde, como já explorado na introdução deste trabalho, alinhadas com as novas necessidades do capital.

A partir de 2016, percebe-se um declínio e até extinção de espaços e de políticas que discutiam o processo de trabalho em uma perspectiva de garantir os direitos dos trabalhadores e de possibilitar melhores condições, mesmo que em aspectos abstratos, longe da realidade dos trabalhadores.

Em 2016, foi promulgada a Emenda Constitucional 95 que instituiu novo regime fiscal, criando teto para os gastos públicos da União pelos próximos 20 anos. Essa emenda atinge diretamente os servidores públicos, quando veta reajuste salarial a esses que possam ultrapassar os limites de gastos, como descrito na lei.

Art. 109. No caso de descumprimento de limite individualizado, aplicam-se, até o final do exercício de retorno das despesas aos respectivos limites, ao Poder Executivo ou a órgão elencado nos incisos II a V do *caput* do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias que o descumpriu, sem prejuízo de outras medidas, as seguintes vedações: I - concessão, a qualquer título, de vantagem, aumento, reajuste ou adequação de remuneração de membros de Poder ou de órgão, de servidores e empregados públicos e militares, exceto dos derivados de sentença judicial transitada em julgado ou de determinação legal decorrente de atos anteriores à entrada em vigor desta Emenda Constitucional. (BRASIL, 2016)

Em 2017, através da portaria 2436, foi aprovada nova PNAB que altera pontos muito importantes como a adscrição da clientela, sobre a não previsão do repasse financeiro do Governo Federal, aumentou a cobertura populacional por equipe de saúde da família, entre outros. (PORTO ALEGRE, 2018)

Com isso, percebe-se maior precarização das condições de trabalho que influencia no processo de trabalho das equipes, fragilizando a assistência à saúde nos padrões universais, gratuitos e integrais.

Em 2019, foi publicada a nova portaria de financiamento da atenção básica. Em linhas gerais, está vinculada a inserção do Brasil na Organização para

Cooperação e Desenvolvimento Econômico - OCDE - tendo o Reino Unido como principal referência para essa mudança. A nova portaria sugere o repasse financeiro através da população cadastrada, com incrementos a partir das vulnerabilidades e produtividade. Com isso, pode-se estimar que o princípio da universalidade está ameaçado, assim como acirra a competição entre equipes e municípios, gerando mais fragmentação e desarticulação para a assistência à saúde.

De acordo com o que foi apresentado até aqui, conseguimos localizar o discurso dos atores desse estudo e compreender suas experiências com potências e fragilidades. O processo de trabalho das equipes tem sofrido importantes interferências e vem sendo alvo de mudanças que tencionam para um novo processo mais afastado dos ideais sanitaristas e mais próximo dos regimes capitalistas de exploração e de lucro sobre a assistência da saúde.

A necessidade de intervir nos processos de trabalho das equipes de saúde da família está expressa nos interdiscursos:

"porque a equipe de atenção primária , ela não mudou. São os mesmos componentes, mas a demanda da população, ela aumenta todo dia. Então, os profissionais, eles não têm capacidade física, nem intelectual, nem técnica pra atender todo mundo que está aumentando exponencialmente diariamente. " T2M2

Esse discurso expressa, indiretamente, seja pelo local de fala do participante do estudo, seja pela função no sistema de saúde que ocupam, que os trabalhadores não conseguem assistir às demandas de saúde da população pelo pequeno número de equipes, equipes incompletas e com larga rotatividade de alguns trabalhadores. Também está retratada a necessidade de educação permanente assegurada aos trabalhadores para dar mais efetividade à assistência prestada, devido às novas demandas que surgem no cotidiano das equipes e as dificuldades no manejo com as complexidades que cercam o processo de adoecimento característico da APS/ESF.

"Estamos com 42 mil equipes de saúde da família, aí ninguém explica porque tá voltando a ter, a crescer mortalidade infantil, a vacina despencou, citopatologia não se faz mais, então o que que é? Você aumenta as equipes e o serviço piora? Tem algo errado. E o algo errado que eu acho é o processo de trabalho que tem que voltar a ser discutido e as pessoas devem ser reanimadas a fazer, pra haver salto de qualidade. GR2

É válido destacar nesses discursos que a premissa apontada é, mesmo que subjetivamente, de que o trabalhador é o principal ponto de transformação para a melhoria do cuidado. Contudo, como já discutimos ao longo dessa análise, ao trabalhador não convém tal responsabilidade, pois é necessário considerar os demais

vetores que influenciam para esse processo, principalmente, dentro desse contexto de aprofundamento da precarização e de mudanças do SUS e ESF.

Assim, é importante frisar que a escassez de vacinas, de medicação, de insumos; as estruturas precárias das unidades básicas, sem manutenção de equipamentos e reposição destes; a morosidade no retorno dos exames citopatológicos, quando retornam às unidades e os vínculos precários de trabalho, com atraso salarial e defasagem do salário são fatores que necessitam ser considerados na análise do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família.

Alvarenga *et al* (2018), em um estudo realizado sobre as condições de trabalho das Equipes de Saúde da Família do estado do Pará, constataram que o contrato temporário por prestação de serviço é o que mais se destaca, com 41,9% dos profissionais vinculados neste tipo de regime. Logo em seguida, o mais comum é a contratação como servidor público estatutário, 26,4%, e por contrato temporário por meio da administração pública 23,5%.

Ainda esses autores identificaram que a forma como os trabalhadores ingressam na ESF, há predominância de ingresso por “Indicação”, 36,7%, seguido de “Outra Forma”, 22,8% e “Seleção Pública”, 12,8%. Talvez isso indique o porquê de apenas 8% deles dizerem ter algum plano de carreira. Se os contratos são temporários, pouco se pensa em maneiras de fixar esses profissionais, como por exemplo, proporcionando esse tipo de benefício.

Em estudo realizado sobre a insatisfação das Equipes de Saúde da Família das cinco regiões do Brasil, 64,9% dos participantes apontaram a categoria gestão do trabalho em saúde como causa de insatisfação, estando incluídas questões de estrutura física inadequada, falta de recursos materiais, falhas na gestão, jornada de trabalho excessiva, falta de valorização do trabalho e déficit salarial. (SORATTO *et al*, 2017)

No discurso do gestor, a seguir, polissêmico, considera-se a necessidade de garantir outros fatores para melhorar a qualidade da atenção:

“Não adianta querer fazer só expansão de equipes de saúde da família com contratação de mais enfermeiro, mais médico, mais dentista, se você não dá a esse profissional condições de trabalho, tecnicamente falando, um espaço ideal pra ele atender, segurança trabalhista. Se você não oferece a ele oportunidade dele ter educação continuada, se você cerceia desse profissional qualquer capacidade dele continuar se renovando, isso não vai resolver. Então, o objetivo é fazer a atenção primária a coluna mestra do sistema único de saúde. ela é a ordenadora do sistema. ela é a coordenadora do cuidado.” GR2

Nesse discurso, percebe-se um entendimento ampliado sobre as necessidades que compõem o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, porém, mediante as circunstâncias atuais, é preciso refletir sobre a possibilidade real dessas práticas através de projetos de qualificação da atenção primária que não exigem, nem abordam tais aspectos. Assim, sugerir adequadas condições de trabalho e garantia de direito aos trabalhadores para agir sobre o melhoramento da qualidade da assistência não é suficiente na conjuntura atual.

No discurso a seguir, por paráfrase, o trabalhador pondera sobre a necessidade de estímulo para o serviço:

“Essa necessidade, vamos dizer assim, de balançar, estimular, de mostrar também serviço. A saúde pública no Brasil inteiro, ela é muito criticada. Não tem gestor que não tenha reclamação. Então, é preciso que isso seja um pouco mais divulgado e que os servidores eles sejam estimulados não só com pagamento de algumas gratificações, mas estimulados para o serviço.”
T3M1

Essa fala destaca a necessidade de reconhecimento dos trabalhadores pelos gestores e população. Divulgar as ações que ocorrem nas unidades básicas de saúde é uma estratégia para apresentar o conteúdo exitoso da assistência pública e valorizar esse espaço.

Também se destaca nesse discurso a necessidade de estimular o trabalhador. Com isso, é apontada a carência de atualizações e inovações de assuntos que envolvem seu processo de trabalho, quesito garantido através da Educação Permanente, porém atualmente inviabilizada devido às dificuldades experimentadas no cotidiano das práticas, pelos diversos fatores já apresentados anteriormente.

A Educação Permanente em Saúde (EPS), inserida pelo Ministério da Saúde como uma política de saúde no Brasil, apresenta-se como uma proposta de ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde, em suas várias esferas de gestão e as instituições formadoras. (BRASIL, 2004)

Ferreira et al (2019) realizaram revisão integrativa sobre a compreensão da Educação Permanente em Saúde - EPS - pela APS no Brasil e identificaram nos estudos que inadequações no cotidiano de trabalho, como sobrecarga de trabalho e quadro de pessoal aquém do necessário, a falta de planejamento para realização das

iniciativas de EPS, a não valorização das iniciativas de EPS pela gestão e as características inadequadas das iniciativas de EPS desenvolvidas foram citados como dificuldades para a sua realização em 63% das publicações selecionadas, corroborando com os aspectos sinalizados neste estudo.

No interdiscurso a seguir, o gestor apresenta intenção do projeto de qualificação para a APS:

“O nosso grande intuito era remodelar a atenção primária. Na percepção de todos não tava sendo trabalhada. A gente vai olhar, por exemplo, os atributos da atenção primária, nós pouco fazemos aquilo. Tem alguns atributos que se quer são trabalhados, como por exemplo, é (...) a competência cultural, a orientação comunitária. Era sair de uma atenção básica que se prestava o mínimo do mínimo do mínimo que se podia fazer por uma comunidade e ir pra uma atenção primária que fosse muito mais robusta. E essa atenção primária tem que dá conta de 90% dos problemas de saúde da população, essa atenção primária tem sim que regular. Essa atenção primária não pode fazer encaminhamentos desqualificados.” GR3

Pelo exposto nessa categoria, percebe-se a necessidade de intervir sobre o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família, a fim de qualificar a assistência. Como está acontecendo, esse processo fundamenta-se em bases individuais e quantitativas, gerando distorções para o atendimento das necessidades reais do cuidado. É preciso refletir sobre os marcos atuais que geram as mudanças no processo de trabalho, a fim de determinar se as repercussões no cotidiano do cuidado se darão baseadas em um acesso universal, gratuito, integral e de qualidade.

É válido lembrar que um dos grandes desafios à gestão do trabalho em saúde é conduzir a “potência andante” enquanto estímulo à liberdade de ação e criação de cada trabalhador, no sentido de que o projeto técnico-ético e político a serviço do cuidado deva ser também um projeto do trabalhador operante, constituindo sua subjetividade na proposição de novos dispositivos nos serviços de saúde, em contraposição à serialização de práticas rudimentares. (GALAVOTE *et al*, 2016)

Cecílio (2012) também orienta que é preciso considerar que no espaço do processo de trabalho existem atores reais, os trabalhadores que, ao se mover de acordo com seus saberes, suas éticas profissionais, os sentidos que dão para este extraordinário experimento social que é o SUS, movem-se, produzem, inventam, resistem e configuram o cuidado que, afinal, nunca é como gestores, sanitaristas, pensadores e formuladores teimam em querer normalizar, formatar, produzir à própria imagem e semelhança.

5.1.2 O discurso sobre a gestão da APS

Essa formação discursiva guarda os fatores relacionados à gestão da APS. Sobre gestão, entende-se que engloba a administração dos recursos financeiros, a colaboração das pessoas (trabalhadores e sujeitos do cuidado) e a manutenção estrutural para a melhor realização da assistência no interior da ESF.

Miranda (2005) afirma que o centro da gestão em saúde é a produção de decisões que deflagram o processo de intermediação e implementação das políticas. Há muita complexidade e subjetividade envolvidas nesses processos e a tomada de decisões envolve motivações, interesses, intuição, conhecimentos, capacidades cognitivas, habilidades, qualidade estratégica, controle de capitais e recursos, ou seja, envolve características e qualidades de pessoas e não somente de sistemas ou serviços.

Com isso, entende-se que a gestão em saúde guarda questões subjetivas por ser executada por sujeitos que possuem interesses diversos e conflitantes, por vezes, com o sistema, com os sujeitos e com seus desejos.

A gestão do SUS direcionou-se para a municipalização da saúde, tornando-se uma experiência singular no mundo entre os sistemas universais. A escolha pela municipalização foi realizada, devido ao ideário de aproximação dos sujeitos que utilizam o sistema e das especificadas e necessidades de cada realidade municipal, possibilitando melhorar as intervenções nesse cenário.

Miranda, Mendes e Silva (2017) tratam que os municípios tornaram-se principais atores do SUS e essa organização dificulta a oferta resolutiva e em tempo oportuno de ações e de serviços de saúde. Único país do mundo com esse nível de descentralização coloca-se como um elemento complicador da organização das redes de saúde no Brasil.

Ainda esses autores destacam que o limite imposto por essa fragmentação foi reconhecido desde 2002 pelo Governo que propôs pactos para superação da fragilidade na organização política do SUS. No entanto, isso não tem sido suficiente para enfrentar essa problemática, uma vez que a disparidade existente entre a capacidade de governança dos municípios tem repercutido negativamente na organização do sistema de saúde.

Para Fleury (2014), a descentralização da gestão dos serviços de saúde não representou um aumento da capacidade gestora para a esfera municipal, devido a restrições jurídico-legais e políticas, o que gerou arranjos diversos de condução dos serviços pelos gestores, que experimentaram a limitação do seu campo de intervenção, ao mesmo tempo em que identificaram demandas necessárias para a reformulação do sistema.

Rodrigues (2014) traz como um fator histórico particular que dificulta a implantação do sistema de saúde universal e gratuito, a escolha pela municipalização da gestão de seus serviços. Como principal resultado disso os serviços públicos de saúde não funcionam efetivamente como um sistema regionalizado e integrado mesmo após 30 anos de existência.

Ainda para esse autor, a dificuldade atrelada à municipalização não diz respeito apenas à quantidade de municípios existentes no país, mas à conformação desse ente governamental no sistema político-eleitoral. Outro fator relevante é a concentração de poder dos governantes municipais, devido ao pequeno porte da cidade. Desde os tempos da colônia, o poder local esteve a serviço dos grandes proprietários rurais, o que sustentou o fenômeno do coronelismo, onde as eleições e a nomeação dos principais cargos políticos eram totalmente controladas pelos poderosos locais. O coronelismo deixou marcas que permanecem até os dias atuais, com o predomínio de características como o mandonismo, o filhotismo e o clientelismo, que suprem necessidades dos setores mais pobres da população na forma de favores políticos, em troca de votos nas eleições.

KRUG *et al* (2010) corrobora com as afirmações acima, quando em sua pesquisa existem falas que explicitam o quanto a área da saúde é encarada e utilizada como um instrumento para arrecadação de votos, sendo essa dimensão priorizada em detrimento dos planejamentos e reais levantamentos de necessidades da população. Assim, em épocas de eleições, o trabalho na saúde pública é diretamente afetado, reforçando ações pontuais, quantificáveis e de baixa resolutividade e qualidade.

É importante destacar o que Cecílio *et al* (2014) aponta sobre as diversas formas regulatórias no SUS. São elas: governamental, profissional, clientelístico e leigo. O que prevalece, em alguns municípios, é um regime de regulação político-

clientelista, reforçando a ação dos atores políticos locais que usam a assistência à saúde como parte de seus projetos político-partidários-eleitorais.

Em Cecílio (2012) já se tem o destaque sobre a importância da regulação “clientelístico-eleitória”, no interior do SUS. Configura-se em uma contrarregulação, pois opera numa lógica aparentemente oposta à regulação governamental/formal. A moeda de troca que alimenta este regime de regulação é, em geral, a conquista do apoio de potenciais eleitores em processos eleitorais variados. Com isso, reduzem-se os cidadãos e seus direitos a potenciais eleitores a serem favorecidos pelos vereadores.

Ainda que esse sistema esteja vinculado ao maior ganho de votos, para alguns gestores a interferência das lideranças políticas do município representa um fator de descontentamento, o que gera entraves para a consolidação do seu plano de trabalho, tendo o potencial de desordenar e reorganizar o fluxo de trabalho das equipes e a autonomia dos gestores formais do trabalho. (GALAVOTE *et al*, 2016)

É necessário refletir sobre essa questão considerando a relação política que o cargo assume e os acordos que cercam esse contexto, uma vez que existe o carreirismo eleitoral e privilégios para aqueles que desempenham função eleitora para aquele gestor.

Embora o cargo de gestor municipal de saúde seja um cargo político, o que se estende para a maioria dos demais cargos de gestão do SUS, é importante que tal profissional possua conhecimento técnico-científico na área, a fim de conduzir as ações em saúde para a melhor assistência à população.

Em estudo realizado com gestores do Estado do Espírito Santo, quanto à sua formação profissional complementar, observou-se que 66,67% haviam realizado algum curso sobre saúde da família e 51,39% não possuíam formação em gestão em saúde. Em relação à variável ter realizado algum curso de capacitação para o cargo, percebeu-se que 55,56% não receberam nenhum tipo de formação específica para a função exercida. Trinta e dois gestores relataram que participaram de cursos específicos para o cargo, oferecidos pela esfera estadual (29,17%), no formato de oficinas: do plano diretor da Atenção Primária e de gestão e financiamento do SUS. (GALAVOTE *et al*, 2016)

PAIVA *et al*, (2018), destaca que atualmente, mais de 70% das pessoas que ocupam posição de gestores não fizeram nenhum curso ou capacitação para desempenhar tal papel.

Lorenzetti *et al* (2014) retratam em seu estudo que há consenso entre os participantes do estudo de que faltam profissionais preparados para atuar como gestores no SUS. Os sujeitos do estudo apontam como origem para essa problemática, a frágil formação técnica dos profissionais de saúde para a gestão, bem como, a descontinuada e ineficiente ação da educação permanente nessa área. Também destacaram a alta rotatividade dos gestores, em especial na área pública, e a dificuldade de atuar em modelos de gestão diferentes do tradicional, calcados em ações centralizadoras, hierarquizadas e burocratizadas. Em razão disso, a capacidade gerencial está distante das necessidades e complexidade do setor saúde.

Ainda esses autores apontam que é recorrente a constatação de que a gestão em saúde ainda está ancorada em métodos e estratégias tradicionais, oriundas da teoria clássica da administração. Assim, construir novas formas de gestão na área da saúde, fundadas na participação, práticas cooperativas e interdisciplinares, onde trabalhadores e sujeitos do cuidado atuem ativamente, permanece como um desafio.

Com o exposto, está dada a necessidade de formação específica para a gestão em saúde, principalmente para os gestores do SUS que são escolhidos a partir de relações políticas eleitoreiras e ou familiares, fragilizando a atuação alicerçada no direito à saúde.

Em Paiva *et al* (2018), coloca-se que o gestor tem que assumir responsabilidades desde a estrutura física das unidades de saúde até a integração entre equipes, o acompanhamento das atividades e o monitoramento de indicadores e metas pactuadas, além da mediação de possíveis conflitos que possam existir. As decisões não devem ocorrer aleatoriamente, os gestores precisam se basear em um processo sistematizado, que envolva o estudo do problema a partir de levantamento de dados, produção de informação, desenvolvimento de propostas e soluções, guiando a tomada de decisões de forma responsável e consciente.

Ainda nesse estudo, destaca-se outra atribuição fundamental do gestor de saúde que é a habilidade de mediador de relações, pois é essencial para promover uma gestão compartilhada dos serviços de saúde, pois além de ser uma relação estritamente formal e burocrática, envolve uma relação que abrange afeto e objetivos

pactuados de forma coletiva, no sentido de garantir uma gestão corresponsável e efetiva.

Assim, a formação técnica do gestor, assim como sua escolha baseada nisso, possibilita sensibilizar para a ampla e diversificada atuação de um gestor em saúde, principalmente de políticas públicas, com intuito de garantir os princípios do SUS.

Contudo, no Brasil, ainda prevalece a cultura de que qualquer profissional sabe gerir e que a administração se aprende na prática. Raros são os gestores que passaram por bons programas formativos para apreensão de conhecimentos e habilidades próprias da gestão, como liderar grupos, favorecer a motivação e contribuir para a eficácia e efetividade das organizações e melhoria da qualidade de vida das pessoas no trabalho. (LORENZETTI *et al*, 2014)

Ainda esses autores destacam que uma alternativa que vem sendo defendida, como solução para o enfrentamento dos problemas de gestão do setor público, é a terceirização da gestão, destacando-se as chamadas Organizações Sociais - OS - mencionadas neste estudo por um dos gestores do setor privado. No entanto, os resultados práticos da experiência com as OS distanciam-se dos princípios do SUS e na literatura também há registro de diversos limites dessa forma de gestão como: ações pontuais e participação limitada da comunidade no controle social; problemas no que diz respeito ao gerenciamento de pessoas, com inexistência de estabilidade e significativa com impacto negativo no desempenho organizacional e na produção dos serviços.

Ravióli, Soares e Scheffer (2018) em revisão narrativa de literatura, abordam que os trabalhos que mencionaram modelos específicos de gestão de serviços de saúde no SUS abordaram principalmente Organização Social - OS (61%; 20/33), Administração Direta (30%; 10/33), PPP (30%; 10/33) e Fundação Estatal (12%; 4/33). Em 11 estudos (33%; 11/33) foram abordados mais de um modelo de gestão ou comparação entre eles.

Ainda esses autores trazem estudos que demonstram preocupação, embora em menor número, em apontar críticas à falta de transparência na prestação de contas pelas OS, a expor interesses privados envolvidos na gestão dos serviços e a questionar a suposta ampliação do acesso da população aos serviços, proporcionada por esses modelos.

Com isso, percebe-se a oportunidade dada para a inserção de modelos privatistas no SUS, ancorado na ideia de maior eficiência da gestão, porém não se reflete sobre os fatores que constroem a fragilidade da gestão, permanecendo o equívoco na superfície e não modificando os reais problemas de financiamento, de mercado e políticos da gestão do SUS.

A inserção dos modelos de gestão terceirizada no SUS possui uma explicação de natureza macropolítica que se localiza no cenário de privatizações e transferências de responsabilidades do Estado para o setor privado, com fragilização das políticas públicas e desmonte do aparato estatal. Também ocorre no contexto de reforma gerencial, que previa transferência da oferta de serviços e recursos públicos para OS e provedores públicos não estatais, com atuação regida por contrato de gestão. Outros objetivos dessa reforma eram a existência de agências reguladoras, a gestão baseada em resultados e a premiação por mérito, sob o argumento de tornar mais eficiente a administração pública, racionalizar os gastos e oferecer aos cidadãos serviços de melhor qualidade, atribuindo maior importância aos resultados financeiros e à produção dos serviços. (RAVIÓLI; SOAREZ; SCHEFFER, 2018)

Outra explicação, endógena à gestão, para a inserção dos modelos de gestão privatistas, foi uma resposta às dificuldades da Administração Direta em gerir adequadamente serviços de saúde, devido à sua baixa capacidade operacional, falta de autonomia orçamentária, financeira e administrativa, baixos controles de qualidade, influência política externa, burocracia excessiva para contratar pessoal, efetuar adequações de estrutura e comprar insumos, medicamentos e equipamentos. (RAVIÓLI; SOAREZ; SCHEFFER, 2018)

Na perspectiva do gestor, a inovação dos processos de gestão está relacionada a uma aposta na organização dos processos de trabalho na ESF e na implementação da gestão compartilhada, através da normatização do trabalho com a construção de protocolos, definição de metas e avaliação de resultados e, ao mesmo tempo, por meio da proposição de espaços coletivos de decisão e diálogo que sensibilizem o trabalhador para o projeto proposto pela gestão formal. Inovar, para os gestores participantes do estudo, representa mobilizar os trabalhadores com base em um centralismo político que garante ao gestor formal a decisão final e definição dos rumos, já que as equipes detêm pouca governabilidade em relação à definição de metas e indicadores. (GALAVOTE *et al*, 2016)

Com isso, fica destacada a importância dada aos processos de trabalho das equipes de saúde para a melhoria da gestão e da assistência. Contudo, não há atitude e investimento que possibilitem aos trabalhadores melhorias no seu processo de trabalho e o discurso do gestor que sugere responsabilidades aos trabalhadores que não deveria ser direcionada a eles, principalmente em um contexto de reformas neoliberais e precarização das relações de trabalho produz vulnerabilidades para os trabalhadores.

Como já mencionado na categoria anterior, as novas formas de repasse financeiro para as ações de saúde do SUS influenciam diretamente na gestão da APS, pois geram incertezas no valor do repasse, na condução compartilhada da gestão e de investimentos em ações voltadas para a valorização da equipe, através da educação permanente e de ações de prevenção e promoção da saúde.

A eficiência da prestação de serviços, seja qual for a natureza da gestão, dependerá das características do sistema de saúde e de fatores como financiamento, regulação, controle social externo, grau de monitoramento público sobre a execução dos serviços conveniados ou contratados, competição, desenvolvimento institucional, políticas de contratação e de remuneração de pessoal. (RAVIÓLI; SOAREZ; SCHEFFER, 2018)

Os discursos a seguir, trazem reflexão sobre o que foi apresentado até aqui. Nessas formações discursivas percebe-se a manutenção e perpetuação de ideias sobre a gestão e o gestor das políticas públicas de saúde do Brasil. Isso reafirma a prevalência do aspecto político-partidário sobre o técnico na gestão do SUS, a fragilidade técnica da gestão e o uso do sistema para benefícios individuais eleitoreiros. Nos próximos discursos destaca-se a paráfrase, que carrega os elementos de reforço sobre o que já foi apontado:

“Então, assim, muita gente não conseguiu absorver a proposta porque não tem esse acesso, não tem uma coordenação que dá um suporte, não tem uma secretaria envolvida, não tem um recurso municipal que chegue junto pra buscar, entender os protocolos.” T1M1

“porque eu acho que os gestores assinaram uma coisa, e no final da conta, não tão cumprindo direito...” T1M2

“praticamente todos os prefeitos, né? Daqueles municípios na primeira etapa, assinaram. Não quer dizer que eles entenderam o que estava assinando. É diferente né?”GR3

“então, onde há o esforço consciente dos gestores sobre a importância, avança mais rápido. Onde não há essa adesão muito consciente, o processo, às vezes sofre altos e baixos.” GR2

Com essas falas, pertencentes a gestores e trabalhadores ficam demarcados que o entendimento do gestor sobre as ações e políticas de saúde para APS/ESF são reconhecidamente frágeis ou inexistentes e isso é tolerável, desconsiderando a necessidade da natureza técnica desse gestor. Assim, está na consciência de trabalhadores e gestores que a gestão do SUS apreende função mais política que técnica e já é aceitável a dificuldade de implantação de novas ações e políticas, devido a esse aspecto.

Arcari *et al* (2020), em pesquisa realizada com secretários de saúde de Porto Alegre, apontou que é relevante pensar nos desafios que estão postos para os gestores do SUS, uma vez que a sua prática cotidiana é permeada por constantes mudanças da legislação da saúde, diferentes interesses, diferentes espaços de negociação e decisão, formais e informais e pelas crescentes demandas. Assim, diante da complexidade da gestão do SUS e através da descentralização da saúde, é fundamental que o secretário municipal de saúde tenha conhecimento e capacidade de gestão, pois cabe a ele prover os serviços de saúde com efetividade.

Nos próximos trechos destaca-se a metáfora prevalente no discurso de gestores participantes do estudo, colocando de maneira diferente o mesmo componente central de engajamento e entendimento sobre as políticas públicas implantadas no SUS e as fragilidades que cercam o gestor que tem sua escolha baseada em fins eleitoreiros em detrimento do seu conhecimento técnico, das necessidades da população e da saúde como um direito.

"a falta de interesse do gestor que não deu apoio aos profissionais que foram participaram do projeto da unidade laboratório. Eu acho que o principal é o apoio do gestor. Se não tiver, meu fi! pode ter o profissional mais motivado na unidade laboratório, não vai pra frente não. Não vai, não vai! Eu não vou mentir" GR1

"e o prefeito ele tem que se sensibilizar também, porque eles tem muito aquela coisa de: **ah**, não quero saber de qualidade de atendimento não. Eu quero saber se a pessoa chega lá e vai ser atendido. Eles não querem tá o nome deles no face. **Ah**, a gente foi lá e a saúde não tinha atendimento. Isso daí é muito! Eles cobram muito isso." GM 4

Paim e Teixeira (2007) destacam que a falta de profissionalização de gestores, a descontinuidade administrativa, o clientelismo político e a interferência político-partidária no funcionamento dos serviços comprometem a reputação do SUS

perante os cidadãos e a expectativa dos servidores públicos enquanto trabalhadores e construtores da Reforma Sanitária Brasileira.

Ainda esses autores enfatizam que a falta de gestão profissionalizada, ou seja, persistência de marcado “amadorismo” na gestão do sistema em todos os níveis, tanto pela escassez de quadros qualificados ao exercício das tarefas relacionadas com a condução, planejamento, programação, auditoria, controle e avaliação, regulação e gestão de recursos e serviços, quanto pelo fato da persistência de clientelismo político na indicação dos ocupantes dos cargos e funções de direção em todos os níveis do sistema.

No interdiscurso a seguir, destaca-se a insatisfação de um trabalhador sobre a condução da gestão sobre o Projeto Qualifica APSUS, expressando as dificuldades no cotidiano do trabalho das equipes de saúde da família, sedentas por melhoramento do seu contexto de atuação e o discreto desabafo sobre as limitações técnicas da gestão.

“não entendendo como é que um secretário e um prefeito assinaram o compromisso do Qualifica e não tentaram melhorar nada!” T2M1

Com essa fala, está em destaque a frustração de um trabalhador que concebe o entendimento sobre as razões que levaram alguns gestores desistirem do projeto Qualifica APSUS – CE, mas que não expressa efetivamente seu sentimento sobre isso, por receios diversos.

5.1.3 O discurso sobre a implementação do Projeto Qualifica APSUS e qualidade na APS

Essa formação discursiva agrega a compreensão acerca da qualidade na APS e a proposta trazida pelo projeto Qualifica APSUS – CE. Sobre qualidade entende-se a partir de Starfield (2002) que a qualidade da atenção significa o quanto as necessidades de saúde, existentes ou potenciais, estão sendo atendidas da melhor forma pelos serviços de saúde, considerando o conhecimento atual a respeito da distribuição, reconhecimento, diagnóstico e manejo dos problemas e preocupações referentes à saúde.

Segundo Travassos, Martins e Caldas (2014), uma das precursoras da qualidade no cuidado em saúde foi a enfermeira Florence Nightingale, quando produziu relatórios estatísticos detalhados sobre as condições ambientais do hospital

Scutari, durante a Guerra da Crimeia (1854 – 1856). Nesses relatórios, eram descritas e estudadas as condições sanitárias do hospital e o alto índice de morte hospitalar. A partir disso, ela desenvolveu estratégias, como abrir janelas, limpeza, tratamento de esgoto, entre outras para modificar esse cenário, alcançando queda drástica no índice de mortalidade hospitalar em poucos meses.

Já no século XX, a partir de 1960, surgem os primeiros trabalhos de Donabedian que se tornou referência nas elaborações acerca da qualidade nos serviços de saúde. Para esse autor, “um cuidado de qualidade é aquele que maximiza o bem-estar do paciente, após ser levado em conta o equilíbrio entre os ganhos e as perdas esperadas em todas as etapas do processo de cuidado.” (DONABEDIAN, 1980 apud TRAVASSOS; MARTINS; CALDAS, 2014)

O núcleo de contribuição de Donabedian sobre o tema qualidade da assistência em saúde repousa sobre a classificação em estrutura, processo e resultado. A estrutura é referente às condições em que se realiza o cuidado em saúde. O processo trata das etapas do cuidado e o resultado relaciona-se com a mudança no estado de saúde dos indivíduos e/ou populações. (TRAVASSOS; MARTINS; CALDAS, 2014)

Facchini, Tomasi e Dilélio (2018) apresentam que a utilidade da tríade estrutura, processo e resultado para avaliar os serviços de saúde se multiplicaram em todo o mundo após a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde de Alma Ata.

Ainda segundo esses autores, a partir da década de 90, Starfield apresentou a formulação teórica e operacional dos atributos da APS em relação ao sistema de saúde e ao modelo de atenção. São eles: acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado, competência cultural, orientação familiar e comunitária. Também evidenciou a relação de uma APS forte com maior satisfação dos usuários com o sistema e com melhores resultados em saúde.

No Brasil, em 2005, os Estudos de Linha de Base do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família - PROESF - aprofundaram a avaliação da APS no Brasil, com ênfase no acesso e na utilização de serviço, fomentando a reflexão sobre a qualidade dos cuidados ofertados à população brasileira nos grandes centros urbanos do país. Em 2011, com a implantação do Programa de Melhoria do Acesso e

da Qualidade - PMAQ - que institucionalizou o incentivo financeiro do Ministério da Saúde através da melhoria da assistência oferecida aos usuários do SUS, ocorreu um incremento na temática da qualidade dentro da APS brasileira. (FACCHINI; TOMASI; DILÉLIO, 2018)

Savassi (2012) aponta uma das diversas tentativas de se qualificar a atenção no Sistema Único de Saúde, baseadas em uma ferramenta de planejamento, a Sala de Situação, um instrumento de monitoramento e avaliação de atividades na atenção primária. Uma ferramenta de diagnóstico situacional de saúde, específica para equipes de Saúde da Família, com uma série de indicadores apresentando sua situação da unidade, com ênfase na disposição de serviços ofertados e a cobertura alcançada. Outros instrumentos são a Programação Pactuada e Integrada, o Termo de Ajuste de Metas e o Pacto dos Indicadores da Atenção Básica em Saúde.

Reis, Oliveira e Sellera (2012) discutem que um sistema de avaliação do SUS pode ser composto pelo conjunto de programas de avaliação, relativamente independentes, mas relacionados, de modo a formarem um complexo que gere, por meio de avaliações, informações necessárias e estratégicas ao desenvolvimento e qualificação do SUS, na perspectiva de seus princípios e diretrizes.

Para isso, esses autores propõem que o Sistema de Avaliação para a Qualificação do SUS teria como componentes: Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde - IDSUS; Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS; Pesquisas nacionais de avaliação do acesso e de satisfação dos usuários; Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica - PMAQ.

Isso reforça o entendimento que já existem esforços para a criação de ferramentas que identifiquem a qualidade dos serviços da APS do SUS sem afastar-se dos referenciais de direito constitucional e das bases públicas e gratuitas.

Já no setor suplementar, os processos de certificação de qualidade e de acreditação estão pautados na busca pelos certificados da Organização Internacional de Normalização (*International Organization for Standardization*), ISO 9000 e pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). (SAVASSI, 2012)

Pelo exposto, cabe a reflexão da tentativa de instituições governamentais, de representação de gestores e da iniciativa de alguns estados, como o Ceará de fortalecer os instrumentos privatistas de qualidade no SUS, considerando a conjuntura

política e financeira de precarização das políticas públicas, principalmente da saúde, impondo cortes e congelamentos orçamentários que inviabilizam a qualidade da assistência no SUS, principalmente nos moldes propostos pelas instituições de acreditação do setor suplementar, que desconsideram todas as dimensões e proporções do cuidado em saúde pública.

Pensar na qualidade para o SUS e APS necessita incluir, como lembra Savassi (2012), especialmente no que se refere à saúde pública, uma mudança na qualidade dos gestores do SUS, na relação do gestor com os profissionais de saúde e usuários, e na participação ativa dos profissionais da saúde - também usuários, clientes e público-alvo dos serviços do SUS - na pactuação dessas metas e parâmetros de qualidade. A qualificação da gestão em todos os seus níveis, em especial no local, é um passo a ser dado e deve ser igualmente avaliada em termos de práticas e posturas.

Além disso, lembra Campos (2005), a ideia sobre qualidade depende ainda do lugar que ocupa o sujeito no sistema de saúde. Aqueles responsáveis pela provisão e gestão dos serviços tendem a focalizar a sua atenção no rendimento, custo e eficiência. Já os trabalhadores da saúde estão preocupados com a satisfação pessoal, o reconhecimento profissional, a excelência técnica, o acesso à tecnologia, o aprimoramento dos processos individuais e coletivos do cuidado à saúde e um bom ambiente de trabalho, incluindo o conforto, a segurança, entre outros. Já o sujeito do cuidado entende como qualidade a obtenção dos benefícios esperados diante de demandas, expectativas, carecimentos e necessidades de saúde.

Ainda esse autor destaca que os estudos de qualidade aplicados à APS advêm de modelos baseados no ambiente hospitalar, voltado para o tratamento de doenças, o que desconsidera outros fatores peculiares à atenção primária que necessitam ser considerados para a melhor identificação das potencialidades e limitações desse setor para o alcance da qualidade.

Assim, pensar em modelos que interfiram no processo de trabalho das equipes de saúde da família com o discurso do alcance da melhor qualidade, considerando aspectos de eficiência, sem incluir o contexto do cuidado, as condições da assistência e a participação da gestão nesse cenário, é minimamente irresponsável e caracteriza apoio às medidas nefastas neoliberais que estão dizimando as políticas públicas brasileiras.

Serapione (2010) destaca que até metade da década de 80, o debate sobre qualidade da atenção à saúde repousava somente na dimensão técnica, ou seja, na capacidade dos trabalhadores da saúde de escolher as práticas assistenciais consideradas mais adequadas ao cuidado. Contudo, o risco de reduzir a qualidade somente à dimensão técnico-profissional, pode gerar efeitos de responsabilização dos trabalhadores. Isso tem favorecido o desenvolvimento de uma segunda etapa da qualidade, ainda na década de 80, que considera os aspectos organizacionais e os processos gerenciais, destacando-se a certificação de qualidade e a acreditação institucional.

Nesse momento, cabe a recordação dos referenciais para a elaboração do Instrumento para Avaliação da Qualidade na Atenção Primária à Saúde utilizado no projeto Qualifica APSUS – CE. São eles: o Manual Brasileiro de Acreditação - ONA (2014); o Plano Diretor da APS de MG (2010); o Instrumento de Avaliação da Qualidade na Atenção Primária de Uberlândia – MG (2011/2012); Instrumento de Avaliação Externa do PMAQ - MS (2013); o Programa Nacional de Segurança do Paciente - MS (2013) e os Guias de Estudo das Oficinas do APSUS Paraná (2013/2014). (Ceará, 2018)

Com isso, é relevante fazer a reflexão sobre as dimensões propostas para análise da qualidade consideradas pelo modelo escolhido pelo projeto Qualifica APSUS – CE, uma vez que trata de aspectos presentes nas primeiras análises experimentadas na década de 80, onde se percebeu a necessidade de incluir outros atores e de forma diferenciada, a fim de garantir a real expressão da realidade vivida pelos sujeitos no processo de cuidado. Assim, identifica-se a necessidade de modernizar a avaliação da qualidade proposta, contextualizando com as perspectivas em construção para o SUS e o direito à saúde pública e gratuita.

A consolidação da APS nas últimas décadas representa um dos avanços mais relevantes do SUS enquanto política pública e sistema de saúde universal. Tal avanço está alicerçado na abrangência da ESF, principal modelo assistencial da APS brasileira. A significativa expansão e manutenção da cobertura da ESF provocou o aumento da oferta de ações e serviços, possibilitando efeitos positivos importantes sobre a saúde da população.

Contudo, ainda existem limitações que precisam ser superadas para o fortalecimento da ESF/APS. Para Facchini, Tomasi e Dilélio (2018), a primeira e mais

importante proposta para essa superação é a universalização do modelo de atenção da ESF, com o enfrentamento de seus problemas estruturais e organizacionais. O compromisso político com a prioridade da ESF, expresso em financiamento suficiente para garantir a integralidade de cuidados de saúde de alta qualidade. Para isso, é necessária uma política complexa e integrada para ampliar e qualificar os equipamentos clínicos, de apoio e de tecnologia de informação e comunicação.

Entretanto, com as novas condutas sobre o financiamento da saúde, como já discutido anteriormente, é difícil imaginar a melhoria da assistência na ESF e a manutenção de programas de qualidade que estejam alinhadas aos princípios do SUS e ao direito à saúde.

Os efeitos do incremento das ações neoliberais e da restrição orçamentária no SUS já podem ser observados na ESF, com a oferta inadequada do abastecimento de vacinas e medicamentos. A precarização dos serviços está resultando em aumento da ocorrência de problemas de saúde e no ressurgimento de doenças plenamente controladas e eliminadas, como sarampo e poliomielite. A prevalência dos interesses de mercado, expressa na gestão privada dos serviços públicos, por meio de organizações sociais de saúde e outras estratégias comerciais, fragmenta a oferta e prenuncia incertezas para a qualificação da infraestrutura das UBS e os meios de trabalho das equipes da ESF. Ao priorizar o interesse econômico e mercantil na saúde, o Governo coloca em risco a qualidade dos serviços para o atendimento integral das necessidades de saúde da população, com repercussões negativas no desempenho da ESF e na organização da rede básica de saúde. (FACCHINI, TOMASI E DILÉLIO, 2018)

Savassi (2012) aponta que a saúde brasileira baseou-se no modelo predominante nos Estados Unidos, caracterizado pelo pagamento por procedimentos, pela valorização da subespecialização, pela seguridade social ancorada em seguros de saúde privados e priorização de tecnologias duras. O desenvolvimento dos serviços de saúde brasileiros foi heterogêneo, com diferentes lógicas: o modelo campanhista do início do século; o modelo das Santas Casas de Misericórdia; o modelo asilar estatal o modelo previdenciário; o modelo sanitarista, até o modelo atual de sistemas nacionais de saúde.

Isso contribui para as dificuldades enfrentadas na consolidação da ESF que tem como bases as tecnologias leves, a autonomia dos sujeitos, o vínculo entre

trabalhadores e sujeitos do cuidado e prioriza como base da assistência o olhar integral para a realidade dos sujeitos que interfere no seu processo de saúde-doença-cuidado.

Cecílio (2012) reitera que, por mais que, explícita ou implicitamente, tentemos enquadrar as pessoas aos ditames e à lógica do sistema formal de saúde e aos preceitos da Medicina Preventiva, somos obrigados a reconhecer elas “transgridem a regra” o tempo todo, emergindo a figura viva do usuário-fabricador, cuja compreensão e reconhecimento passam a ser centrais se a proposta é a inovação na produção de práticas, de cuidados e do conhecimento.

Esse autor lembra que a busca da racionalização do uso do tempo pelos gestores, a batalha pelo bom uso do tempo para o cuidado e a vivência do tempo pelos usuários compõem lógicas que deveriam ser complementares, pois o usuário quer ter acesso, da forma mais rápida qualificada ao cuidado que ele sente/avalia que precisa; a equipe que cuida, em particular o médico, reivindica maior agilidade para tudo o que julga necessário para produzir o bom cuidado; o gestor ambiciona a racionalização de processos e fluxos, em particular a adequação entre demanda e oferta, no mínimo na perspectiva de legitimação do governante.

Na prática, são lógicas que parecem competir entre si, produzindo desgastes permanentes na operacionalização do sistema de saúde. O usuário é visto como imediatista pela equipe e pelos gestores. A equipe define urgências e não-urgências a partir dos saberes que opera, advindos dos ditames da medicina tecnológica, em particular do conceito de ‘risco’; também sempre se incomoda com a pressão dos usuários, mas também com a aparente insensibilidade dos gestores que nunca garantem a agilidade que ele precisa para os exames complementares ou para o parecer do especialista. Os gestores se defrontam com uma demanda distorcida em função da baixa resolutividade da rede básica de serviços, em particular a imensidão de encaminhamentos desnecessários feitos pelos médicos, “aliados” dos usuários e que já entrariam no consultório com demandas. (CECÍLIO, 2012)

A partir das reflexões apresentadas, apresentamos os discursos captados nesse trabalho que apontam as compreensões sobre qualidade e o projeto vivenciado.

Os discursos a seguir trazem a formação discursiva paráfrase, com a expressão das razões que levaram a implantação do projeto Qualifica APSUS – CE. Tais discursos apresentam nascentes nimbosas que foram perpetuadas, a fim de

explicar as dificuldades da ESF, a necessidade de mudança de paradigma e a definição de um conceito de qualidade que não é razoável para o contexto do SUS. Contudo, ele foi pulverizado nos cenários da ESF, mesmo sem a garantia de entendimento dos atores envolvidos e aparece expresso, como veremos a seguir.

"Chegou porque Estado viu a necessidade dos fluxos, melhorar os atendimentos da atenção básica, pra poder tentar diminuir, é (...) tipo, tentar desafogar, porque viu que tinha muita, muitos atendimentos nos hospitais, pelo menos foi o que foi passado, né? Nos hospitais que eram proveniente da atenção básica que era pra ser atendido na atenção básica e eles tavam tentando fazer essa reformulação pra melhorar mais o atendimento." GR1

Com isso, é necessário refletir sobre aspectos, já discutidos anteriormente neste trabalho. A compreensão de interações por causas sensíveis à APS; do contexto que estão inseridas as equipes com ênfase para estrutura e processo de trabalho; da conformação da rede de cuidado; da experiência de avaliação da qualidade no SUS, através do PMAQ e das mudanças ocorridas nos últimos anos em relação ao financiamento do SUS. Esses são aspectos que precisam ser considerados e são de extrema relevância para localizar os discursos acerca do projeto Qualifica APSUS – CE.

Macinko e Mendonça (2018), em artigo que revisa e sintetiza evidências sobre o impacto da ESF, a partir do marco conceitual da OMS associado com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, Pesquisa Nacional de Saúde, Inquérito Mundial de Saúde e com informações e dados oficiais da OCDE constataram que existem evidências suficientes para concluir que a expansão da ESF teve um impacto muito importante na saúde da população brasileira.

Esses autores apresentaram que a expansão e adequação da ESF facilitaram:

“melhor acesso e utilização de serviços de saúde para a população brasileira e para quem mais precisa; melhores resultados de saúde incluindo reduções importantes na mortalidade infantil e mortalidade adulta para algumas condições de saúde sensíveis à atenção primária; expansão de acesso a tratamentos, como os odontológicos, e ampliação no controle de algumas doenças infecciosas; melhoria na equidade do acesso aos serviços de saúde e diminuição de desigualdades na saúde dos indivíduos; eficiência no SUS devido à redução de hospitalizações desnecessárias e em outras áreas como melhoria na qualidade das estatísticas vitais e sinergias com programas sociais como o Programa Bolsa Família e; expansão extensiva de infraestrutura e conhecimento incluindo uma explosão na pesquisa aplicada sobre serviços e sistemas de saúde no Brasil”. (MACINKO E MENDONÇA, p. 31, 2018)

Contudo, esses autores e como já foi apontado anteriormente neste trabalho, o SUS enfrenta uma crise importante dada a Emenda Constitucional 95 que limita despesas federais em saúde para os próximos 20 anos, estagnando os gastos ao nível de 2016 sem incremento além do ajuste pela inflação. A previsão é que essa emenda resultará em um declínio no orçamento da saúde de R\$ 415 bilhões até 2036. Reformas adicionais que modificam o financiamento de alguns componentes do SUS e a revisão da PNAB podem levar à paralisação ou mesmo à deterioração dos importantes ganhos em saúde obtidos devido a esse modo exitoso de organizar a atenção primária no Brasil. (MACINKO e MENDONÇA, 2018)

Dessa forma, é preciso reconhecer que existem diversos estudos que apontam sobre a ESF, seja na perspectiva de melhorar a condição de saúde da população ou na ênfase para suas limitações. Contudo, é necessário pensar sobre o que embasa essas perspectivas e a intenção de escolher uma delas para reestruturar a ESF, seguindo moldes que servem ao modelo neoliberal e se afastando da lógica presente na Reforma Sanitária.

Os trechos a seguir, reforçam a concepção de necessidade de mudança na APS/ESF, através de paráfrase, e demarcam a planificação como essa alternativa de mudança.

"Reestruturar a APS pra qualificar os processos de trabalho da APS pra que ela exerça realmente esse papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede de atenção à saúde." T2M2

"Os objetivos da planificação no Brasil é dar a atenção primária a importância que ela tem e estruturá-la de maneira tal, que ela possa dar a resposta que nós esperamos dela." GR2

"Considerando que pra se conseguir redes de atenção tem que investir na atenção primária, foi pensado numa estratégia de tentar fortalecer tanto a equipe gestora como os trabalhadores pra que a gente conseguisse uma maior resolutividade na atenção primária. O estado do Ceará, já tinha uma experiência piloto que era em Tauá, chamado de planificação da atenção primária, uma proposta do conselho nacional de secretários de saúde. Fizemos as reformulações necessárias, casou com a necessidade da COPAS, lançamos o QUALIFICA APSUS." GR3

Evangelista *et al* (2019), em um artigo que descreve a construção das Redes de Atenção Através da Planificação da Atenção à Saúde no Distrito Federal destaca diversos avanços alcançados nesse processo como melhor integração da equipe, identificação de vulnerabilidade familiar, implantação do bloco de horas, discussão e definição dos indicadores a serem acompanhados no painel de bordo,

estratificação de risco de hipertensos e diabéticos, compartilhamento do cuidado de diabéticos e hipertensos de alto e muito alto risco com a atenção ambulatorial especializada e matriciamento das Equipes de Saúde da Família pelos profissionais do ambulatório.

Esses autores também destacam que mesmo diante dos resultados apresentados, os desafios na planificação são vivenciados diariamente, quando o tempo técnico passa a ser diferente do tempo político de uma gestão, impossibilitando, às vezes, a garantia da continuidade dos processos iniciados.

Com isso, cabe a reflexão sobre as mudanças postas para os cenários da ESF, sem citar o aspecto do financiamento, a sua característica de política de governo e não de Estado e as mudanças propostas para o SUS nos últimos anos. Assim, questiona-se a viabilidade dessa experiência nos diversos contextos de gestão, de processo de trabalho e políticos do Brasil.

Nas falas a seguir, destaca-se a dificuldade apontada por uma trabalhadora, em uma formação discursiva polissêmica sobre a implantação do projeto. Sua frustração com o que foi apresentado e não foi alcançado e os entraves de modificar seu processo de trabalho, a partir da relação trabalhista estabelecida com a gestão e da dificuldade de gerir seu processo de trabalho.

“que eu achava assim que ia mudar muito e, no entanto, nem (...) eu to um pouco frustrada com o projeto.” T1M2

"Agora eu tinha medo, se eu fosse dizer que não tinha medo do projeto, por causa, eu tinha medo assim, porque nós trabalhamos em municípios pequenos. Qualquer coisa vai pra gestão. E eu tinha medo de tá na frente lá, fazendo acolhimento e tudo e a gente sabe também que os nossos pacientes só querem um sim. Na hora que a gente dá um não, mesmo que seja bem dado, eles vão reclamar e a gestão aqui é muito isso." T1M2

Nas falas a seguir, está presente a formação discursiva polissêmica, acerca da estruturação do projeto dentro da SESA, com destaque para as dificuldades vivenciadas, devido à falta de recurso e de estrutura para a viabilização do projeto.

“A outra questão (...) embora a consultora que estava conosco, ela não concorda que gestão da qualidade esteja atrelado a recurso financeiro, né? E a gente entende até o porquê e nós também compreendemos um pouco disso, mas a gente acredita sim que deveria ter um incentivo financeiro a partir do momento que as unidades ganhassem selos de qualidade, né? O que que ia ser feito com esse dinheiro, aí entra na mesma questão do PMAQ, se ele vai tá pro trabalhador, se ele vai tá pra unidade pra questões estruturais, enfim, é uma coisa que a gente não chegou a discutir, mas precisa ter realmente um incentivo financeiro não só para o selo, mas um incentivo financeiro estadual para atenção primária como outros estados tem, mas que

seja totalmente atrelados a avaliação da qualidade e não como uma mensalidade ou uma mesada que o estado possa passar.” GR3

“Eu acho que assim, o ideal mesmo, os municípios fossem realmente recebesse algum tipo de incentivo, até mesmo pra gente conseguir colocar mais coisa pra funcionar, né? e até expandir para as outras equipes também, porque pra gente colocar um PEC, a gente precisa de recurso né? e o que a gente tem já é tão pouco, tão escasso, pra gente ainda ficar ainda colocando em equipamentos. a gente acaba que não coloca as coisas pra andar porque não tem como comprar, não tem como adquirir.” GM2

É importante destacar nesses discursos, a divergência de eficiência suplantada sobre o projeto e o que de fato ocorreu na implantação, com a indisponibilidade de recurso financeiro. Assim, é necessário refletir sobre o papel da consultoria contratada, assim como sobre a ideia de eficiência e de efetividade que prevalece nas políticas públicas de saúde e na revisão da política financeira para o SUS, que como já foi muito abordado neste trabalho, sofreu mudanças que trazem perspectivas drásticas para o direito à saúde da população.

As ações relacionadas aos meios para alcançar resultados na área pública necessitam de olhar específico. A comparação frequente com a iniciativa privada pode provocar distorções na solução dos problemas enfrentados. Com isso, sugere que a replicação de modelos de mercado para o alcance de eficiência nos serviços públicos deve ser analisada com os devidos cuidados, pois, corte de custos ou recursos na iniciativa privada podem promover resultados positivos de imediato, no entanto, em serviços públicos essenciais o mesmo procedimento pode oferecer resultados negativos consideráveis. (SANDERSON, 1996 apud POLITELO; RIGO; HEIN, 2014)

Assim, é importante pensar que a construção ideológica sobre a melhor eficiência do setor privado em relação ao setor público, sem considerar as especificidades de cada setor, colabora para a aceitação de políticas e ações no SUS que privatizam a assistência e gestão e se afastam do caráter de direito a saúde, como defendido na reforma sanitária brasileira.

Nos discursos que seguites, estão expressos os descontentamentos sobre como ocorreu a implantação do projeto, principalmente no aspecto que trata da falta de financiamento e da construção da proposta dentro da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

“Foi difícil para todas as regionais, porque foi de uma forma obrigatória. Eles diziam que não era obrigatório, mas no fundo quando iam explicar, terminava sendo obrigatório e a gente não teve nenhum apoio. Apoio assim como eu

digo de palestrante ou então eles mesmos que eram que foram os facilitadores estaduais, participaram de reuniões fora, fizeram curso de especialização principalmente para tutor. Eu não tenho nenhuma pessoa da SESA pra ajudar. se você for perguntar pra todas as regionais, eles vão dizer a mesma coisa. a gente da regional não teve apoio.” GR1

“Nós não temos corpo aqui na secretaria que desse um suporte descentralizado, porque as nossas coordenadorias. até então, nossas coordenadorias regionais de saúde, elas tocaram o QUALIFICA muito, muito na coragem, né? Mas não necessariamente, eles tinham pessoas qualificadas pra lidar com esses processos. Houve uma exposição né? de muitas coordenadorias regionais. Eu não tenho um aporte técnico especializado dentro de cada coordenadoria. Eu não tenho nem muita gente pra trabalhar na coordenadoria, imagine ter um aporte técnico especializado pra tudo que eles queriam. As nossas coordenadorias ficaram muito pressionadas e muito expostas. então, Eu acho que não ter um apoio técnico especializado para este fim, né? Dificultou muito. Então, uma recomendação era isso. Se vamos investir num projeto em larga escala de gestão da qualidade na atenção primária que tenhamos corpo, porque tudo foi feito praticamente sem recurso e isso é muito difícil.” GR3

Com essas falas está expresso o interdiscurso, ou seja, a formulação dos sujeitos a partir do acúmulo dos discursos que carrega com a experiência vivida em relação às dificuldades vivenciadas pelas regiões de saúde acerca da implantação do projeto. Com isso, a demarcada fragilidade das regiões de saúde, já conhecida pelo governo do estado e pelos participantes do sistema de saúde regional, deveriam ter sido considerada nesse processo, mediante a sua magnitude, as expectativas cultivadas e as alterações que provocou no processo de trabalho das equipes de saúde da família do estado do Ceará.

Nesse sentido, cabe o destaque para a governança do projeto identificada neste estudo.

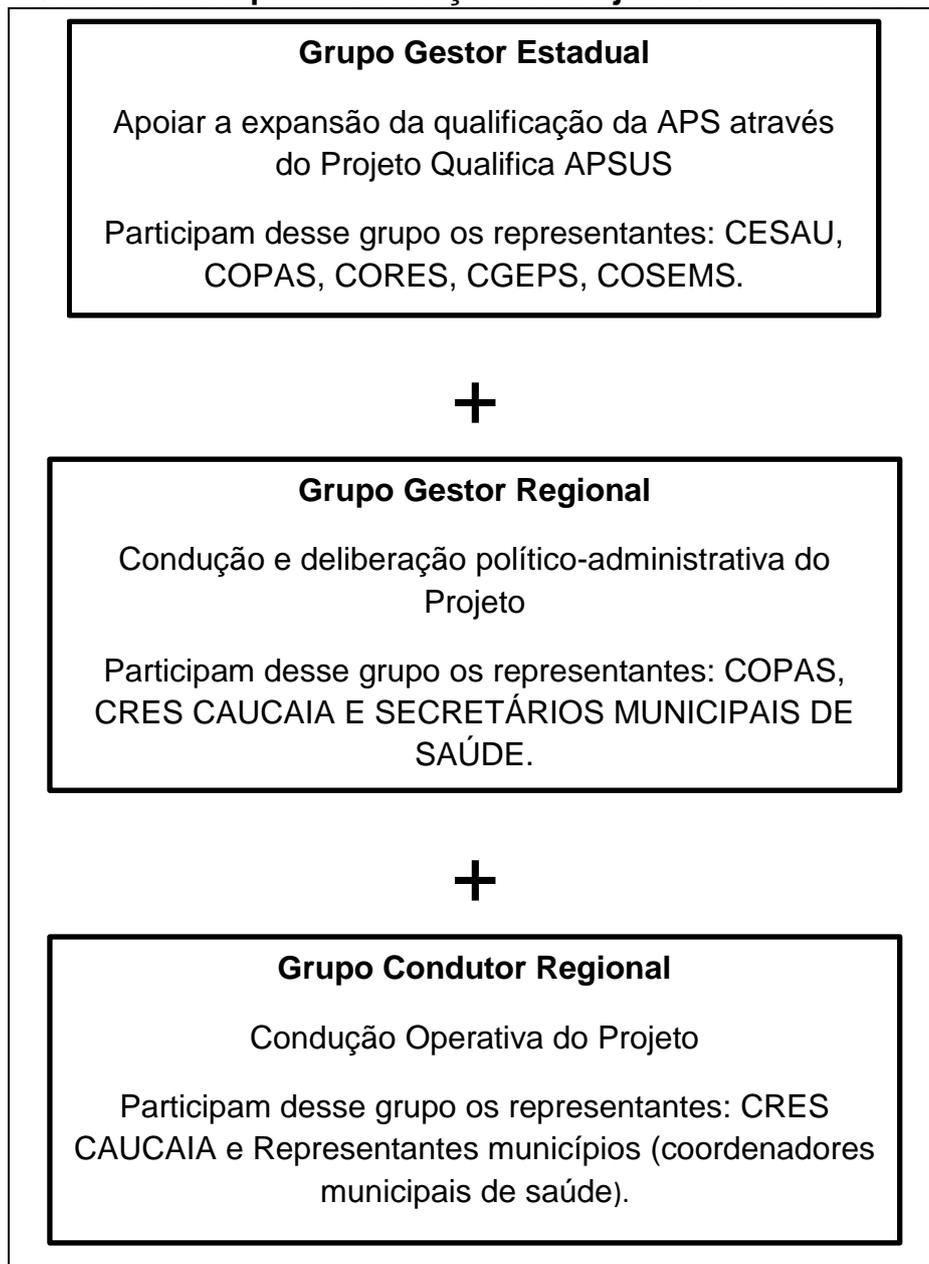
Para Nogueira (2018), a governança é entendida como a capacidade financeira e administrativa de governar, de conduzir a política pública, o que envolve exercício de poder e relações entre diversos sujeitos e contextos institucionais.

A governança do projeto segue o modelo vigente no Brasil, para a maioria das políticas públicas de saúde, que segundo Nogueira (2018) observam-se fortemente os elementos da perspectiva gerencial do Estado consoante ao neoliberalismo, com valorização do privado em detrimento do público, assim como a orientação institucional de organização e estruturação dos serviços de forma descentralizada e em rede, valorizando, de modo especial, a eficiência com menor uso de recursos.

Assim, a governança do projeto insere conceitos e elementos usualmente distantes dos trabalhadores e gestores como economia de escala entre outros, distanciando o entendimento da política de saúde do seu aspecto de direito constitucional e aproximando da perspectiva de mercadoria.

Sobre a estrutura organizacional, o projeto é dividido em: GRUPO GESTOR ESTADUAL, que tem como responsabilidade apoiar a expansão da qualificação da atenção primária no estado do Ceará por meio do Projeto Qualifica APSUS Ceará. É formado por representantes da COPAS; CORES; CGPES; COSEMS Ceará e CESAU. O GRUPO GESTOR REGIONAL tem como responsabilidade a condução e deliberação político-administrativa do Projeto Qualifica APSUS Ceará na região de saúde, em consonância com as diretrizes estaduais. É formado pelas referências técnicas macrorregionais do Núcleo de Atenção Primária; Coordenador Regional de Saúde e Secretários Municipais de Saúde. O GRUPO CONDUTOR REGIONAL tem como responsabilidade a condução operativa do Projeto Qualifica APSUS Ceará na região de saúde, em consonância com as deliberações do Grupo Gestor Regional, orientado pelas diretrizes estaduais. É formado pelas Referências Técnicas Regionais e coordenadores municipais de saúde.

No quadro 2 abaixo está exposta a organização dos diversos atores da Secretaria de Saúde do Estado para a condução do projeto com suas respectivas atribuições:

Quadro 2 - Grupo de Condução do Projeto Qualifica APSUS – CE

Fonte: Elaborado pela autora.

Com isso, é importante destacar a participação de diversos atores para a construção desse processo, exigindo esforços para a realização de mais uma tarefa que foi sinalizada, como pouco apoiada e recompensada pelos participantes desse estudo.

Atualmente, o projeto encontra-se paralisado. Após o processo de certificação, ocorrido em 2018, com cerimônia de entrega dos selos aos participantes em junho de 2018, houve mudança na gestão da saúde do estado do Ceará.

Apesar da permanência do Governador que deu início ao Projeto Qualifica APSUS, a equipe da Secretaria de Saúde do Estado, na figura do Secretário de Saúde, foi modificada. Com isso, houve decisão pela paralisação do projeto, a fim de repensar suas bases e de executá-lo de forma diferenciada daquela que aconteceu.

Assim, os esforços gerados pelo projeto nos municípios participantes que alcançaram ou não o selo bronze, ficaram limitados a esse processo de certificação, pois não houve novas adesões, não se mantiveram o monitoramento da permanência dos itens levantados para o estabelecimento da qualidade nos serviços, não ocorreu à preparação das unidades de saúde que atingiram o selo bronze para progressão para o selo prata e não foi esclarecida aos municípios a causa da interrupção das ações do Projeto Qualifica APSUS.

Essas, entre outras questões, se manifestam nas equipes de saúde da família fragilizando suas atividades junto à comunidade, uma vez que qualquer alteração no processo de trabalho das equipes gera repercussão no vínculo com a população escrita e instabilidade no interior das equipes.

Assim, pensar em qualidade para o setor público requer esforço, compromisso com a perspectiva de direito a saúde e de entendimento das limitações históricas presentes na formulação para a saúde pública brasileira, exigindo dos atores envolvidos nesse processo - gestores, trabalhadores, governantes, universidades e sociedade - a produção de gestão e assistência para o SUS imbricada com os princípios e diretrizes que regem esse sistema.

Dessa forma, espera-se a consolidação e preservação do SUS como maior patrimônio social da sociedade brasileira e a sua manutenção em bases públicas, gratuitas, universais, integrais e de qualidade, porém é importante destacar que isso exige a consciência de que isso está fortemente relacionado com a mudança do modelo de sociedade construído até o presente momento.

5.2 Análise da formação ideológica “neoliberalismo – capitalismo”

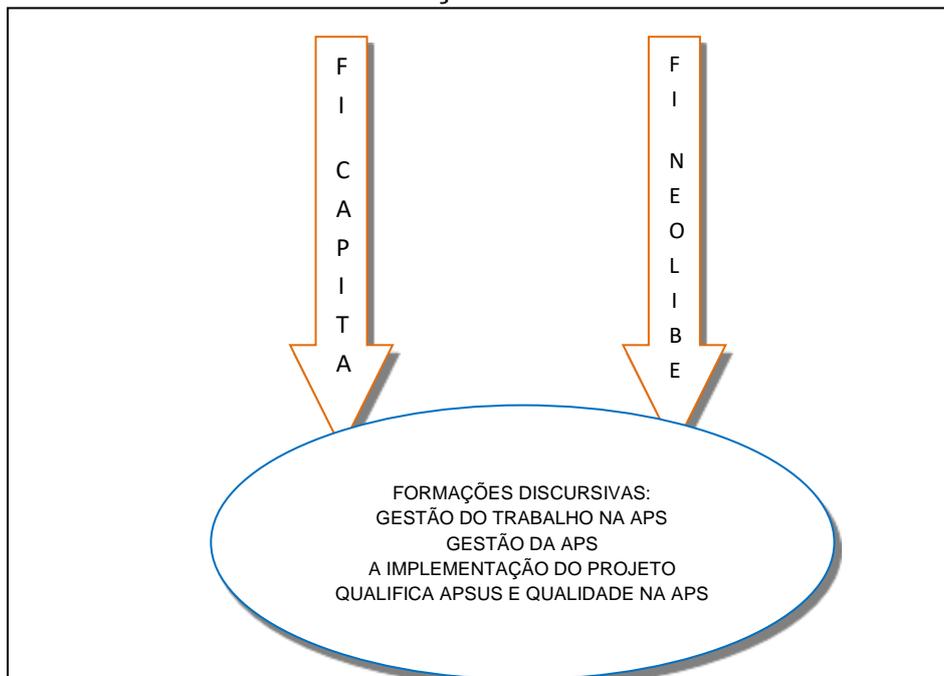
Para situar como analisamos a formação ideológica que perpassa o discurso dos participantes desse estudo, retomou-se o conceito de formação ideológica de Pêcheux, que remete à estrutura na qual se fundamentam as diversas formações discursivas encontradas, determinando o que pode e deve ser dito a partir de uma posição que o discurso ocupa numa dada conjuntura (Pêcheux, 1997 apud

Lima, 2012). Dessa forma, procurou-se um posicionamento ideológico dos sujeitos, buscando compreender os possíveis sentidos para os quais eles apontam.

As formações discursivas encontradas neste estudo expressam influência da formação ideológica que se convencionou chamar “neoliberalismo-capitalismo”, pelo entendimento que ela agrega elementos de influência das medidas neoliberais na saúde que são indissociáveis ao capitalismo, pela base de exploração e lucro que esse sistema estabelece nas relações, de maneira geral.

O quadro 3 abaixo exemplifica a relação entre as formações discursivas e as formações ideológicas captadas no presente estudo.

Quadro 3- Representação da relação entre as formações ideológicas com as formações discursivas



Fonte: Elaborado pela autora.

O neoliberalismo se manifesta nas relações econômicas em tempos de crise do capitalismo para manter e aumentar o lucro da burguesia. Isso pode ser identificado através da diminuição do Estado, através da diminuição dos investimentos em políticas públicas, da promoção de mudanças na gestão pública tanto por vias de privatização como pela administração indireta, através de OS, como exemplo, do aprofundamento das desigualdades sociais e econômicas e da flexibilização das relações de trabalho.

É válido lembrar que o estado tem no neoliberalismo uma ferramenta de manutenção e aumento da mais valia para a burguesia nas crises do capitalismo, contudo, é a luta de classes a mola propulsora para definir o caminho que as políticas públicas seguirão seja para maior satisfação da classe trabalhadora, seja da burguesia.

Souza (2010) lembra que a Reforma Sanitária Brasileira confronta-se, desde o início, com a expressão mais clara de um projeto de saúde com caráter privatista, atrelado aos interesses de mercado, seguindo orientações do Banco Mundial baseado na focalização, oferta racional e simples de cuidados e descentralização.

Viana e Silva (2018) apontam que o neoliberalismo trata de um modo contemporâneo de existência do capitalismo, caracterizado pela intensa apreensão do Estado pelas forças do mercado e financeira. As consequências disso são abruptas e intensas nas políticas sociais, pois tem levado os governos a tratar a área social como um problema, devido a pouca renda disponível para financiar essas políticas. Assim, identifica-se uma grande imbricação dos sistemas de proteção social com a economia, com a reestruturação neoliberal do capitalismo, o que afasta a proteção social do direito e da oferta pública para uma proteção mercantilizada de manutenção privada e paga pelo cidadão. O resultado disso é um hibridismo entre o público e o privado e há um processo onde a esfera pública necessita funcionar conforme as regras do setor privado, onde a lógica da competição e do lucro prevalece.

Campos, Viana e Soares (2015) confirmam que os sucessivos governos no Brasil ampliaram as bases do neoliberalismo. Além de apoiar as mudanças necessárias para a reestruturação produtiva, com a diminuição dos direitos trabalhistas, a partir da criação dos contratos temporários, do aumento do tempo para aposentadoria; cortes nos gastos estatais; privatização; submissão do público ao privado; políticas financeiras de ajuste; políticas de assistência social paliativas em substituição às políticas estruturais.

Esses autores enfatizam outro elemento dessa relação público-privada que é a outorga do gerenciamento de estabelecimentos públicos de saúde a grupos privados, sob a alegação falseada de que o setor público não tem competência para a gestão de serviços públicos, sendo o setor privado naturalmente competente para tal função.

Com isso, o Estado garante uma cesta mínima de atenção à saúde e a possibilidade de consumo para aqueles que podem adquirir através das regras de mercado e cria um novo modelo gerencial que reduz o Estado como gestor de políticas públicas, seja através das privatizações ou da criação de organizações públicas não estatais que não visam o lucro e nem seguem exclusivamente os critérios de mercado, consolidando a sua inabilidade na gestão dessas políticas e fortalecendo a concepção de melhor gestão do setor privado.

Diante desse contexto, passa aos nossos olhos o que se designa como a falência do setor público de saúde, com um funcionamento precário pela ociosidade, pelas péssimas condições de trabalho, pelo atendimento massivo com pouca resolutividade, não atendendo as demandas da população, construindo um crescente obstáculo contra a efetivação do SUS. Somado a isso, tem-se a manifestação de interesses corporativos do empresariado da saúde que tornaram a saúde um campo fértil para a privatização e obtenção de lucro. (SOUZA, 2010)

Viana e Silva (2018) destacam que a provisão pública precisa ser defendida do capital financeiro e da fragmentação provocada pelo neoliberalismo. É imprescindível que a política social recupere seu protagonismo, considerando as crises recorrentes, o aumento das desigualdades e as necessidades básicas insatisfeitas.

Campos, Viana e Soares (2015) trazem importantes questionamentos sobre as intervenções neoliberais na consciência de trabalhadores, gestores e sujeito do cuidado, gerando distorções significativas sobre o entendimento das bases e interesses que estão os serviços públicos de saúde.

“Nesse processo, mecanismos que mascaram os processos de privatização da saúde são engendrados como diretrizes de humanização da assistência. Como humanizar a atenção à saúde contando com financiamento precário? Como humanizar a atenção à saúde diante das precárias condições de trabalho e vida, que estão na raiz dos problemas de saúde? Como humanizar a atenção à saúde diante da exploração de classe e do desgastante cotidiano de trabalho?” (CAMPOS, VIANA E SOARES. p. 89, 2015)

Com o exposto nessa seção e o que já foi apresentado ao longo deste estudo, é impossível não reconhecer a influência do neoliberalismo e do capitalismo sobre o SUS e sobre os projetos que tratam da melhoria da atenção, alicerçado em conceitos de eficiência.

Os discursos dos participantes, seja trabalhador ou gestor, carregam as dificuldades vivenciadas nos cenários de atenção e gestão e são inegáveis. Isso fortalece a necessidade de mudanças na APS e SUS. A reflexão que fizemos ao longo desse estudo foi quais as direções que as propostas surgidas seguem e em que lugar elas nos levarão. Isso é fundamental, pois precisamos estar atentos para a defesa dos direitos já alcançados, para a manutenção e ampliação das proteções sociais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho surge da necessidade de refletir sobre a realidade vivenciada na APS/ ESF do estado do Ceará com a implantação do projeto qualifica APSUS – CE.

A necessidade de ouvir os atores envolvidos nesse processo e de desbravar as origens que o deflagraram foram razões que incentivaram para a realização desse estudo. Também é importante o destaque sobre a natureza pioneira do projeto entre os estados brasileiros e sua característica inovadora para o Ceará e para a APS/ESF/SUS, mesmo que experiências já estivessem em andamento ou concluídas em cidades ou regiões de saúde pelo Brasil.

Com isso, é demarcada mais uma expressão de relevância deste estudo pela característica divulgada do projeto trazer inovação e novas perspectivas para a APS/ESF do estado do Ceará. Assim, desenvolver no cenário estadual as reflexões acerca do Projeto Qualifica APSUS – CE foi um dos objetivos traçados e fortalece o papel da Universidade e do Mestrado Profissional em Saúde da Família de compromisso com a produção de conhecimento e de retorno para APS/ESF/SUS e sociedade sobre as variadas ações que ocorrem nos cenários de atenção e gestão do cuidado.

Outra característica importante desse estudo foi o desenvolvimento da metodologia através da Análise do Discurso. Tal método possibilitou a escuta aprofundada e rigorosa dos participantes até alcançar expressões da ideologia presente na atualidade, manifestadas de variadas formas nos discursos apreendidos. Assim, o método favoreceu o desenvolvimento de uma reflexão comprometida e respeitosa da realidade na perspectiva da pesquisadora e sujeitos do estudo, desvelando as diversas possibilidades que compõem o objeto do estudo.

Cabe reiterar que é consciente o não esgotamento do objeto deste estudo e que não havia essa pretensão, considerando a magnitude de descobertas no caminho construído, e que as dificuldades encontradas no percurso sugerem mais estudos que aprofundem outras perspectivas e que permaneçam comprometidos com a realidade, a fim de produzir efeitos que tencionem a formulação de novos rumos para a APS/ESF do Ceará.

É importante destacar que a aceitação dos sujeitos do estudo, com receptividade, acolhimento e presteza da maioria deles, foi um fator catalisador da experiência que gerou grande satisfação para o desenvolvimento da pesquisa. Com isso, também fica expressa a solidariedade e o reconhecimento da importância de desenvolver estudos no interior do sistema de saúde cearense, pelos trabalhadores e gestores, para sua melhoria, reflexão e avanços.

A partir do desenvolvimento do método de análise do discurso, foram identificadas três categorias de análise empírica que foram denominadas Gestão do trabalho na APS; Gestão da APS e Qualidade na APS e os desdobramentos do projeto qualifica APSUS – CE.

Sobre a categoria Gestão do trabalho na APS foi identificado nos discursos a presença da abordagem sobre aspectos que tratam do processo de trabalho da equipe de saúde da família, um dos eixos de atuação do projeto. Tal tema carrega questões de formação, relações de trabalho e condições de trabalho. Desde aqui, já se identifica a produção do cuidado dentro dos moldes capitalistas com vistas à alienação dos trabalhadores e transformação da sua força de trabalho em mercadoria. Assim, o cuidado à saúde restringe-se à conservação das máquinas humanas para a produção e garantia de lucro e o entendimento sobre saúde afasta-se da dimensão intrínseca à condição humana próxima da lógica de mercado.

Nessa categoria também foram relacionadas às medidas neoliberais para a compreensão das ações tomadas dentro das políticas públicas de saúde. É importante frisar que mesmo com o avanço das medidas neoliberais, houve um esforço, decorrente das pressões sociais ocorridas no governo de frente popular, de criar estratégias que garantissem a discussão sobre os variados aspectos da gestão do trabalho no SUS, surgindo a política de desprecarização, educação permanente em saúde entre outras.

Contudo, é válida a ressalva que as medidas tomadas por esse governo não deram vazão às necessidades latentes nos cenários de assistência à saúde do SUS, ainda sendo identificados retrocessos nos aspectos de financiamento e de preservação do direito à saúde.

Também é necessária a lembrança, realizada nessa categoria que não cabe ao trabalhador responsabilidades por todo o processo de trabalho que existe para a realização de um cuidado efetivo, integral e de qualidade. Os outros fatores

que influenciam sobre isso precisam ser considerados. O Projeto Qualifica APSUS – CE tenciona para esse aspecto e a leitura feita da realidade exige uma melhor localização dessa intervenção, principalmente considerando as últimas medidas de ataque ao financiamento do SUS, como abordado neste trabalho.

Na categoria Gestão da APS foi retratado, através do que foi apreendido nas falas, as dificuldades vivenciadas com a gestão. Nessa categoria, discutimos as fragilidades apontadas pelos participantes do estudo através da experiência do projeto sobre a gestão da APS/ESF. Entre elas podemos relembrar das questões subjetivas que permeiam o processo de gestão, considerando os interesses particulares e as necessidades apontadas nos serviços, fazendo-se um destaque sobre as questões política-eleitorais que influenciam esse cenário e a necessidade de conhecimento técnico-científico para a melhor tomada de decisão da gestão.

Também discutimos nessa categoria a decisão pela municipalização da saúde pública e as dificuldades vivenciadas por isso, como a fragmentação das ações, dificuldade de organização da oferta oportuna e resolutiva das ações e dos serviços. Para superação desses limites e contando com as medidas neoliberais na saúde pública brasileira, tem-se proposto a terceirização da gestão.

Na terceira categoria, abordamos a dimensão de qualidade vivenciada no SUS e a proposta trazida pelo projeto qualifica APSUS – CE com seus desdobramentos.

Nessa categoria, é feito resgate sobre o surgimento da ideia de qualidade nos serviços de saúde, trazendo as elaborações de Donabedian e Starfield, em nível internacional e a construção da discussão de qualidade na APS do Brasil através, principalmente, do PMAQ e no setor suplementar através das certificações de organizações internacionais.

Com isso, é traçado um paralelo da proposta do Projeto Qualifica APSUS – CE e das propostas já existentes no SUS, gerando reflexões sobre as bases e interesses de cada ação.

Por fim, sugere-se a formação ideológica neoliberalismo-capitalismo para o entendimento das bases das formações discursivas apreendidas no estudo e detalham-se as razões para tal escolha.

Com este estudo, conseguiu-se compreender o processo de implantação do projeto Qualifica APSUS – CE, a partir da vivência de trabalhadores e gestores,

com análise político-institucional, localizando a origem desse processo de qualificação da APS e a movimentação das instituições para viabilizá-lo. Conseguiu-se descrever a governança e a execução do projeto na perspectiva de trabalhadores e gestores, apontando as convergências e divergências nos discursos sobre essa vivência e, por fim, identificou-se e discutiu-se as repercussões do projeto e as percepções dos atores envolvidos nessa experiência, corroborando para o entendimento da realidade dos cenários de cuidado da ESF do estado do Ceará.

Pelo exposto, esse estudo traz a necessária reflexão sobre as intervenções nos cenários de cuidado da APS/ESF, tão fragilizados pelos apontamentos expressos nesse estudo por trabalhadores e gestores. Temos consciência de que essa não é uma realidade exclusiva do Ceará e as medidas tomadas para financiamento da saúde pública no Brasil nos últimos anos não oferecem segurança para a manutenção do SUS público, gratuito, integral, universal e de qualidade.

Pelos limites deste estudo, é recomendado permanecer analisando a realidade do Ceará, para maiores levantamentos e aprofundamentos acerca das intervenções propostas para a saúde do estado e dos municípios, seja pelo projeto qualifica APSUS – CE, seja pelas consultorias individuais contratadas pelos municípios, seja pelas propostas do Governo Federal em busca de soluções para questões bem conhecidas e históricas, como o subfinanciamento e a mercantilização da saúde.

Assim, com essa produção, cumpre-se uma atividade vital para a defesa da APS/ESF/SUS que é a instrumentalização de gestores, trabalhadores e população sobre as perspectivas construídas para a viabilidade do direito à saúde, permitindo outros olhares e conduções para o cuidado realizado na saúde pública.

Com isso, espera-se além da defesa da APS/ESF/SUS também a consolidação das bases da Reforma Sanitária Brasileira e a saúde como um direito intrínseco à existência humana que não deve ser mercantilizado e a produção de sentido para a compreensão de que a mobilização e as lutas pelos direitos sociais devem ser permanentes enquanto estivermos em uma sociedade capitalista-neoliberal.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, E.C.; OLIVEIRA, P.T.R.; PINHEIRO, H.H.C.; CARNEIRO, V.C.C.B. Condições de trabalho de equipes de saúde da família do Pará. **Rev. NUFEN**, Belém, v. 10, n. 1, p. 58-72, 2018.

AQUINO, R.; MEDINA, M.G.; NUNES, C.A.; SOUSA, M.F. A Estratégia Saúde da Família e o reordenamento do sistema de serviços de saúde. In: PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N. (Org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Med Book, 2014. p. 353-371.

ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H. E.; HAMANN, E.M. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão de literatura. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1509, 2016.

ARCARI, J. M.; BARROS, A.P.D.; ROSA, R.S.; MARCHI, R.; MARTINS, A.B. Perfil do gestor e práticas de gestão municipal no sistema único de Saúde (SUS) de acordo com porte populacional nos municípios do estado do Rio Grande do Sul. **Cien Saude Colet.**, Rio de Janeiro, v.25, n.2, jul. 2018. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/perfil-do-gestor-e-praticas-de-gestao-municipal-no-sistema-unico-de-saude-sus-de-acordo-com-porte-populacional-nos-municipios-do-estado-do-rio-grande-do-sul/16876?id=1687>. Acesso em: 16 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 2012. Resolução CNS nº 466 de 12 de Dezembro de 2012. Incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 04 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº. 221, 17 de Abril de 2008. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0221_17_04_2008.html. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Memórias da saúde da família no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Política de Educação Permanente e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para educação permanente em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004. 68 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Indicador número 19: Proporção de internações de residentes por condições sensíveis à atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://idsus.saude.gov.br/ficha19s.html>. Acesso em: 18 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Emenda Constitucional nº 95, de 15 de dezembro de 2016. Altera o Ato das Disposições Constitucionais transitórias, para instituir o novo Regime Fiscal e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>. Acesso em: 21 jan. 2020.

CAMPOS, C.M.S.; VIANA, N.; SOARES, C.B. Mudanças no capitalismo contemporâneo e seu impacto sobre as políticas estatais: o SUS em debate. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.24, supl.1, p.82-91, 2015.

CAMPOS, C.E.A. Estratégias de avaliação e melhoria contínua da qualidade no contexto da Atenção Primária à Saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v.5, n.1, dez. 2005.

CAREGNATO, R.C.A.; MUTTI, R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15. n. 4. p. 679-84, 2006.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Projeto Qualifica APSUS Ceará: qualificando atenção primária a saúde no estado**. Fortaleza: SESA, 2017. 16 p.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Guia instrutivo do selo bronze de qualidade 2018**. Fortaleza: SESA, 2018. 143 p.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. **Coordenadorias regionais de Saúde**. Disponível em: <https://www.saude.ce.gov.br/2018/07/03/coordenadorias-regionais/>. Acesso em: 08 mar. 2020.

CECILIO, L.C.O. Escolhas para Inovarmos na Produção do Cuidado, das Práticas e do Conhecimento: como não fazermos “mais do mesmo”? **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n.2, p.280-289, 2012.

CECILIO, L.C.O.; CARAPINHEIRO, G.; ANDREAZZA, R.; SOUZA, A.L.M.; ANDRADE, M.G.G.; SANTIAGO, S.M.; MENESES, C.S.; REIS, D.O.; ARAÚJO, E.C.; PINTO, N.R..S.; SPEDO, S.M. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1502-1514, jul. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Planificação da atenção primária a saúde**: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção a saúde. Brasília: CONASS, 2018.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.; SENNA, M.C. O Programa Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam Salud.**, v. 21, n. 2, fev./mar. 2007.

EVANGELISTA, M.J.O.; GUIMARÃES, A.M.D.N.; DOURADO, E.M.R.; VALE, F.L.B.; LINS, M.Z.S.; MATOS, M.A.B.; SILVA, R.B.M.P.M.; SCHWARTZ, S.A. O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n. 6, p. 2115-2124, 2019.

FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; DILÉLIO, A.S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.1, p. 208-223, 2018.

FERREIRA, L.; BARBOSA, J.S.A.; ESPOSTI, C.D.D.; CRUZ, M.M. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v.43, n.120, p. 223-239, jan./mar. 2019.

FISCHBORN, A, F.; CADONÁ, M. A. Trabalho e autonomia dos trabalhadores em saúde: considerações sobre pressupostos teórico e metodológicos de análise do trabalho em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.27, n.1, p.227-237, 2018.

FLEURY, S. **Democracia e inovação na gestão local da saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

FONTANA, K.C.; LACERDA, J.T.; MACHADO, P.M.O. O processo de trabalho na Atenção Básica à saúde: avaliação da gestão. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 110, p. 64-80, jul./set. 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GALAVOTE, H.S.; FRANCO, T.B.; FREITAS, P.S.S.; LIMA, E.F.A.; GARCIA, A.C.P.; ANDRADE, M.A.C.; LIMA, R.C.D. A gestão do trabalho na estratégia saúde da família: (des)potencialidades no cotidiano do trabalho em saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.25, n.4, p.988-1002, 2016.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. **Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

GOMES, A. M. T. O desafio da análise do discurso: os dispositivos analíticos na construção de estudos qualitativos. **Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 620-626, out./dez. 2006.

GOMES, A. M. T. Do discurso às formações ideológica e imaginária: análise de discurso segundo Pêcheux e Orlandi. **Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p. 555-562, out./dez. 2007.

GONDIM, S.M.G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, v. 12. n. 24. p. 149-161, 2003.

KRUG, S.B.F.; LENZ, F.L.; WEIGELT, L.D.; ASSUNÇÃO, A.N. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 9, n. 1, p. 77 - 88, jan./jun. 2010.

LIMA, J.C.F. Bases Histórico-Conceituais para a Compreensão do Trabalho em Saúde. In. FONSECA, A.F; STAUFFER, A.B. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

LIMA, D.W.C. **A escuta no cuidado clínico de enfermagem ao sofrimento psíquico: discursos e rupturas**. 2012. 115 f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) - Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

LORENZETTI, J.; LANZONI, G. M..M.; ASSUITI, L. F.C.; PIRES, D.E.P.; RAMOS, F. R. S. Gestão em saúde no Brasil: diálogo com gestores públicos e privados. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 417-425, abr./jun. 2014.

MACINKO, J.; MENDONÇA, C.S. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42. n. 1. p. 18-37, 2018.

MAIA, C.S.; FREITAS, D.R.C.; GALLO, L.G.; ARAÚJO, W.N. Notificações de eventos adversos relacionados com a assistência à saúde que levaram a óbitos no Brasil, 2014-2016. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, v.27, n.2, 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2015.

- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013.
- MIRANDA, A.S. **Proposição de escopo para a avaliação da gestão no Sistema Único de Saúde**: relatório final de consultoria prestada ao Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- MIRANDA, G.M.D.; MENDES, A.C.G.; SILVA, A.L.A. O desafio da organização do Sistema Único de Saúde universal e resolutivo no pacto federativo brasileiro. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.26, n.2, p.329-335, 2017.
- ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e diretrizes**. 8. ed. Campinas: Pontes, 2009.
- PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.1, p. 1819-1829, 2007.
- PAIVA, R.A.; RANDOW, R.; DINIZ, L.P.; GUERRA, V.A. O papel do gestor de serviços de saúde: revisão de literatura. **Rev. Med.**, Minas Gerais, v. 28. Supl 5, 2018.
- PEREIRA, C.G.; GROISMAN, S. Histórico do monitoramento e avaliação da Estratégia Saúde da Família no Brasil. **Rev. Bras. Odontol.**, Rio de Janeiro, v. 71, n. 2, p. 208-210, jul./dez. 2014.
- PIRES, R. O. M. **Avaliação da Gestão do Trabalho em Saúde da Família**. Curitiba: Appris, 2012.
- POLITELO, L.; RIGO, V.P.; HEIN, N. Eficiência da aplicação de recursos no atendimento do sistema único de saúde (sus) nas cidades de Santa Catarina. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v.3, n.2, jul./dez. 2014.
- RAMOS, M.N. Conceitos Básicos sobre o Trabalho. In. FONSECA, A.F; STAUFFER, A.B. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- RAVIOLI, A.F.; SOAREZ, P.C.; SCHEFFER, M.C. Modalidades de gestão de serviços no Sistema Único de Saúde: revisão narrativa da produção científica da Saúde Coletiva no Brasil (2005-2016). **Cad. Saúde Pública**, v. 34, n. 4, 2018.
- REIS, A.T.; OLIVEIRA, P.T.R.; SELLERA, P. E. Sistema de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). **Rev. Inf. Inov. Saúde**, Rio de Janeiro, v.6, n.2, ago. 2012.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria do Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual da Atenção Básica. **Principais mudanças da Política Nacional de Atenção Básica**: comparativo das Portarias 2.488/2011 e do Anexo XXII da Portaria de Consolidação nº 2/2017 do Ministério da Saúde. Porto Alegre: SESA, 2018. 31p.

RODRIGUES, P.H.A. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 37- 59, jan./mar. 2014.

SAVASSI, L.C.M. Qualidade em serviços públicos: os desafios da atenção primária. **Rev bras med fam comunidade**, Florianópolis, v.7, n.23, p. 69-74, abr./jun., 2012.

SHIMIZU, H.E.; CARVALHO JUNIOR, D.A. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.9, p. 2405-2414, 2012.

SILVA, P.M.C.; SOUZA, K.R.; TEIXEIRA, L.R. Política de desprecarização do trabalho em saúde em uma instituição federal de c&t: a experiência de professores e pesquisadores. **Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.15 n.1, p. 95-116, jan./abr. 2017.

SORATTO, J.; PIRES, D.E.P.; TRINDADE, L.L.; OLIVEIRA, S.A.; FORTE, E.C.N.; MELO, T.P. Insatisfação no trabalho de profissionais da saúde na estratégia saúde da família. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 3, 2017.

SOUZA, M.A.S.L. Setor saúde: os impactos das reformas neoliberais. **Qualit@s**, Campina Grande, v.5, n.3, 2010.

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

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M.; CALDAS, B. Qualidade e segurança no cuidado de saúde. In: PAIM, J.S; ALMEIDA-FILHO, N. (org). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 373 – 382.

TEIXEIRA, C.F.S.; PAIM, J.S. A crise mundial de 2008 e o golpe do capital na política de saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.2, p.11-21, out. 2018.

VASCONCELOS, R.M.C.; SILVA, M.P. **Precarização e desprecarização do trabalho e dos vínculos do trabalho na Estratégia Saúde da Família – ESF – “Uma experiência da falta de gestão na saúde pública.”** Disponível em: <https://rosangela123.jusbrasil.com.br/artigos/591280338/precarizacao-e-desprecarizacao-do-trabalho-e-dos-vinculos-de-trabalho-na-estrategia-saude-da-familia-esf-uma-experiencia-da-falta-de-gestao-na-saude-publica>. Acesso em: 21 jan. 2020.

VIANA, A.L.A.; SILVA, H.P. Meritocracia neoliberal e capitalismo financeiro: implicações para a proteção social e a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2107-2117, 2018.

VIEIRA, M. As Políticas de Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde e o Agente Comunitário de Saúde. In. FONSECA, A.F; STAUFFER, A.B. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV: Fiocruz, 2007.

APÊNDICE A – ROTEIRO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Idade:

Formação:

Tempo de formação:

Função:

Tempo de função:

Data da entrevista:

- 1) Fale sobre o surgimento do Projeto Qualifica APSUS
- 2) Como ocorreu a sua implantação no Ceará
- 3) Como você participou do processo de implantação (papel, ações)
- 4) Fale sobre os objetivos do Projeto no âmbito do SUS
- 5) Fale sobre o papel da SESA/Estado na implantação do Projeto
- 6) De que modo o Projeto Qualifica APSUS contribuiu para organização da APS?
- 7) Como você percebe a participação de gestores e trabalhadores no Projeto?
- 8) Quais as fragilidades e potencialidades experienciadas com o Projeto?
- 9) Você poderia apontar com o projeto poderia ser avaliado?

APÊNDICE B – ROTEIRO GRUPO FOCAL

Participantes:

Data:

Horário:

Qual cargo exerce?

Quanto tempo está nessa função?

Há quanto tempo trabalha na ESF?

- 1) O que representa o Projeto?
- 2) Como surgiu a proposta do Projeto?
- 3) Fale sobre o projeto Qualifica APSUS?
- 4) Como ocorreu a adesão ao projeto?
- 5) Como o grupo percebe o papel de gestores e equipes nesse projeto?
- 6) Quais mudanças foram percebidas pelo grupo após a implantação do projeto?
- 7) Como o grupo descreve a experiência de participação no projeto?
- 8) Quais as potências e fragilidades da implementação experimentada?
- 9) Quais as potências e fragilidades do Projeto Qualifica APSUS?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você a participar da pesquisa “Análise da implementação do Projeto Qualifica APSUS em microrregião de Caucaia” desenvolvida pela mestrandia Ianna Oliveira Sousa, sob orientação do Prof. Dr. José Maria Guimarães Ximenes. O objetivo geral do estudo consiste em compreender o processo histórico de implantação do Projeto Qualifica APSUS, com ênfase nos aspectos que convergiram para sua proposição, implantação e avanços no Ceará. Caso você aceite participar da pesquisa, deverá participar de entrevista ou grupo focal, o qual deverá ser gravado por meio de gravador digital, que será utilizado apenas para os fins desta pesquisa. A sua participação não é obrigatória, não lhe acarretará custos financeiros, nem você receberá remuneração. Poderá, a qualquer momento, desistir da participação sem prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que estuda ou trabalha. Informamos que a presente pesquisa apresenta riscos mínimos relacionados ao constrangimento/desconforto em participar de grupo focal, os quais serão minimizados pela garantia de anonimato, sigilo das informações e garantia de poder se retirar da pesquisa sem prejuízos. Os benefícios da pesquisa, mediante a sua participação, são indiretos e dizem respeito a fomentar a discussão crítica sobre o Projeto Qualifica APSUS – CE. Os resultados da pesquisa serão utilizados para confeccionar a dissertação da mestrandia, requisito parcial, para a obtenção do título de Mestre em Ensino na Saúde. Serão divulgados na forma científica em congressos e periódicos científicos. Além disso, você está recebendo uma cópia deste termo onde consta o telefone da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas agora ou a qualquer momento. Caso tenha compreendido e ACEITE participar voluntariamente da pesquisa, você deverá assinar este Termo de Consentimento, em duas vias, devendo receber uma cópia do mesmo e a outra fica com o pesquisador. Em caso de dúvidas ou desistência, poderá entrar em contato com a pesquisadora Ianna Oliveira Sousa, pelo telefone (85) 997935505, ou com o Orientador Prof. José Maria Ximenes Guimarães, pelo telefone (85) 31019600. Em caso de dúvidas sobre questões éticas do estudo, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CEP da UECE, na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, telefone (85)3101-9890, e-mail cep@uece.br.

Fortaleza, _____, _____, 2019.

Participante

Pesquisador

ANEXO A – TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA DO PROJETO QUALIFICA APSUS – CE

TERMO DE COOPERAÇÃO TÉCNICA QUE ENTRE SI CELEBRAM O ESTADO DO CEARÁ ATRAVÉS DA SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO/ COORDENADORIA DE POLÍTICAS E ATENÇÃO À SAÚDE – COPAS E OS MUNICÍPIOS DE APUIARÉS, CAUCAIA, ITAPAJÉ, PARACURU, PENTECOSTE, SÃO LUÍS DO CURU E TEJUÇUOCA PARA OS FINS QUE ESPECIFICA

O ESTADO DO CEARÁ, neste ato representado pela Secretaria da Saúde/Coordenadoria de Políticas e Atenção à Saúde – COPAS/SESA e os Municípios de **Apuiarés, Caucaia, Itapajé, Paracuru, Pentecoste, São Luís do Curu e Tejuçuoca**, celebram o presente Termo de Cooperação Técnica, conforme os elementos contidos Processo nº _____, nos termos das cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

Constitui objeto do presente Termo, o estabelecimento de princípios básicos de Cooperação Técnica que venham a ser desenvolvidos pelas partes, para a realização do Projeto de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (QualificaAPSUS Ceará), no âmbito da Região de Saúde de Caucaia.

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS OBJETIVOS

Apoiar os municípios no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) para que as equipes possam cumprir os ATRIBUTOS e FUNÇÕES de responsabilização pela saúde da população adscrita e solucionar a maioria dos problemas de saúde da população sob sua jurisdição.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS RESPONSABILIDADES DAS PARTES

Para a consecução do objeto estabelecido neste Termo de Cooperação, os parceiros envolvidos deverão cumprir as seguintes responsabilidades:

I – COMPETE À SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO - SESA

- a) Conduzir o processo de expansão da qualificação da Atenção Primária à Saúde no Estado, alinhando distintos cenários com as necessidades locais;
- b) Designar um Grupo Gestor Estadual para condução do Projeto Qualifica APSUS Ceará;
- c) Designar representantes para compor os Grupos Diretores Regionais do Projeto Qualifica APSUS Ceará;
- d) Apoiar a Coordenadoria Regional de Saúde no processo de negociação e pactuação da expansão da qualificação da Atenção Primária à Saúde junto aos municípios da Região, na avaliação do processo, a partir dos indicadores e metas pactuadas com as Secretarias Municipais de Saúde;
- e) Pactuar com o Grupo Diretor Regional o cronograma de execução das oficinas e a implantação dos macroprocessos e microprocessos;
- f) Acompanhar o processo de implantação das propostas definidas nas oficinas;
- g) Selecionar, contratar, capacitar e acompanhar o trabalho dos facilitadores regionais do processo de expansão da qualificação da Atenção Primária à Saúde;
- h) Articular a participação de especialistas nas oficinas, dependendo do tema a ser abordado, para a realização de palestras e debate com os participantes, bem como a adequação dos protocolos a serem utilizados;
- i) Disponibilizar técnicos da Secretaria da Saúde, qualificados, para a condução das oficinas regionais e/ou municipais, na condição de facilitadores;
- j) Elaborar material técnico e pedagógico - guias de estudo das oficinas de curta duração, complementares e do processo de tutoria do Projeto Qualifica APSUS Ceará;

II – COMPETE À COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DE CAUCAIA

- a) Conduzir o processo de negociação e pactuação da expansão da qualificação da Atenção Primária à Saúde junto aos municípios da Região, apoiado por representantes do Grupo Gestor Estadual;
- b) Coordenar a realização das oficinas de curta duração e as complementares na Região de Saúde, responsabilizando-se pela logística das mesmas, negociando e monitorando as pactuações pré-estabelecidas, no que diz respeito à local, material, insumos, alimentação, transporte, convidados, dentre outros;
- c) Apoiar os municípios da Região de Saúde no processo de organização interna para implantação dos macroprocessos e microprocessos da Atenção Primária à Saúde.

- d) Monitorar a participação dos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde dos municípios da Região, junto com o representante municipal do Grupo Condutor Regional, para a devida devolutiva ao gestor municipal de saúde;
- e) Divulgar o Projeto Qualifica APSUS Ceará nos espaços e instâncias de informação e pactuação;
- f) Articular com o Grupo Gestor Estadual a necessidade de repactuação dos acordos do Projeto Qualifica APSUS Ceará, bem como de situações que estejam fora de sua governabilidade.
- g) Socializar informações sobre o processo de reorganização e implantação dos macroprocessos e microprocessos nos municípios;
- h) Apoiar os municípios no processo de reorganização da Atenção Primária à Saúde.
- i) Avaliar o processo de qualificação da Atenção Primária à Saúde, a partir dos indicadores e metas pactuadas com as Secretarias Municipais de Saúde;
- j) Contribuir no processo de formação dos trabalhadores, seja na elaboração de material de apoio e/ou participação na condução das discussões, sempre que necessário.
- k) Articular as demandas apontadas pela Atenção Primária dos municípios junto aos equipamentos de referência regional;
- l) Apoiar os municípios no processo de seleção da Unidade Laboratório e identificação dos tutores;
- m) Acompanhar o trabalho dos tutores na Unidade Laboratório e no processo de expansão da implantação dos processos nas demais Unidades.

III - SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DE APUIARÉS, CAUCAIA, ITAPAJÉ, PARACURU, PENTECOSTE, SÃO LUÍS DO CURU E TEJUÇUOCA

- a) Adotar medidas para qualificação do processo de trabalho e melhoria do acesso da população às Unidades Básicas de Saúde, garantindo as condições de ambiência adequadas para a realização das ações;
- b) Apoiar as equipes de saúde, em especial, no que se refere ao plano de ação e cronograma elaborado pelas mesmas para viabilizar as ações propostas na tutoria;
- c) Divulgar ao conselho municipal de saúde e à população as informações pertinentes ao processo de qualificação da Atenção Primária à saúde;
- d) Pactuar responsabilidades no processo de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde;

- e) Disponibilizar o quadro gerencial da Secretaria, bem como o quadro técnico da Atenção Primária à Saúde para participação nas oficinas de curta duração, oficinas complementares, visitas a municípios planejados, dentre outras atividades previamente pactuadas no âmbito do Projeto Qualifica APSUS Ceará;
- f) Viabilizar a participação das equipes das Unidades Básicas de Saúde, dos tutores, representantes do Grupo Condutor Regional e da gestão municipal de saúde nas atividades previamente pactuadas no âmbito do Projeto Qualifica APSUS Ceará, no que se refere ao deslocamento, hospedagem, diárias, alimentação, quando necessário;
- g) Pactuar junto ao Conselho Municipal de Saúde a adesão à qualificação da Atenção Primária à Saúde e a liberação dos trabalhadores das Unidades Básicas de Saúde para participação das oficinas de curta duração na Região de Saúde e no processo de tutoria, de tal forma, que não haja fechamento das unidades e comprometimento do acesso dos cidadãos;
- h) Selecionar uma Unidade Básica de Saúde do município para ser a Unidade Laboratório no processo de implantação dos macroprocessos e microprocessos, conforme orientações do Grupo Gestor Estadual;
- i) Identificar e disponibilizar trabalhadores do município para atuarem como tutores no processo de implantação dos macroprocessos e microprocessos (Unidade Laboratório e Unidades de expansão), na quantidade necessária e de acordo com o perfil orientado pelo Grupo Gestor Estadual;
- j) Designar dois trabalhadores do município para compor o grupo condutor regional do Projeto Qualifica APSUS Ceará, na condição de titular e suplente;
- k) Disponibilizar informações necessárias para a realização das atividades das oficinas e do processo de tutoria nas Unidades Básicas de Saúde;
- l) Assumir o compromisso de implementar as propostas elaboradas pela sua equipe no processo de capacitação e para implantação dos macroprocessos e microprocessos nas unidades básicas de saúde da Atenção Primária à Saúde;
- m) Acompanhar, monitorar e avaliar o impacto dessas propostas no âmbito local;
- n) Contribuir no processo de formação dos trabalhadores, seja na elaboração de material de apoio e/ou participação na condução das discussões, sempre que necessário;
- o) Viabilizar a reorganização dos processos de trabalho, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, articulando o atendimento das necessidades apontadas nos planos de ação;

p) Articular as demandas apontadas pela Atenção Primária junto aos demais equipamentos de saúde do município;

q) Celebrar termo de compromisso com cada equipe de saúde da família para a implantação e desenvolvimento dos produtos na tutoria.

CLÁUSULA QUARTA - ATORES ENVOLVIDOS DO PROCESSO

I FACILITADORES - Técnicos da SESA e/ou identificados pela SESA para mediar o processo de ensino-aprendizagem, avaliar o conjunto dos produtos realizados pelas equipes de cada município, prestar conta aos gestores municipais e estadual, e capacitar os tutores para a realização dos produtos.

II TUTORES - Técnicos da Secretaria Municipal de Saúde para realizar o acompanhamento das equipes no período de dispersão, e dar suporte à efetivação dos produtos e avaliação dos mesmos.

III ESPECIALISTAS – Convidados com expertises em áreas específicas para participação nas oficinas e nos cursos complementares.

CLÁUSULA QUINTA - GRUPOS DE CONDUÇÃO DO PROJETO DE QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (QUALIFICAAPSUS CEARÁ)

Grupo Gestor Estadual

Representantes da COPAS

Representante da CORES

Representante da CGEPS

Representante do COSEMS

Grupo Gestor Regional

Representantes da COPAS

Representantes da CRES de Caucaia

Secretários Municipais de Saúde

Grupo Condutor Regional

Representante da CRES de Caucaia

Representantes dos municípios

CLÁUSULA SEXTA - DO PLANO DE TRABALHO

As atividades relacionadas ao presente acordo guiar-se-ão pelo Plano de Ação e o respectivo cronograma de trabalho.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO ACOMPANHAMENTO

A execução das competências assumidas no presente Termo será acompanhada por um conjunto de Metas estabelecidas e pessoas designadas.

CLÁUSULA OITAVA – DOS RECURSOS FINANCEIROS E MATERIAIS

O presente termo não envolve a transferência de recursos. As ações que implicarem em repasse de recursos serão viabilizadas mediante instrumentos apropriados.

CLÁUSULA NONA– DA EFICÁCIA E DA VIGÊNCIA

Este termo terá eficácia a partir da assinatura e vigência de 12(doze) meses, podendo ser prorrogado, mediante expressa vontade dos interessados.

CLÁUSULA DÉCIMA – DAS ALTERAÇÕES

Este instrumento poderá ser alterado durante a vigência, mediante mútuo entendimento entre os celebrantes, com a finalidade de aperfeiçoamento e a execução dos trabalhos, e, por estarem assim ajustados, assinam os celebrantes o presente instrumento, para todos os fins de direito.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO

As partes elegem o Foro da Comarca de Fortaleza, Capital do Estado do Ceará, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Termo, devendo seu Extrato ser publicado no Diário Oficial do Estado.

E, por assim estarem justos e acertados, firmam os partícipes o presente Termo de Cooperação Técnica, em ___(___) vias de igual teor e forma, para que produza seus jurídicos e legais efeitos.

ANEXO B – PORTARIA 211 DE 17 DE ABRIL DE 2008**Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção à Saúde****PORTARIA Nº 221, DE 17 DE ABRIL DE 2008**

O Secretário de Atenção à Saúde, no uso de suas atribuições,

Considerando o estabelecido no Parágrafo único, do art. 1º, da Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, determinando que a Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, publicará os manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas dessa Política;

Considerando a Estratégia Saúde da Família como prioritária para reorganização da atenção básica no Brasil;

Considerando a institucionalização da avaliação da Atenção Básica no Brasil;

Considerando o impacto da atenção primária em saúde na redução das internações por condições sensíveis à atenção primária em vários países;

Considerando as listas de internações por condições sensíveis à atenção primária existentes em outros países e a necessidade da criação de uma lista que refletisse as diversidades das condições de saúde e doença no território nacional;

Considerando a possibilidade de incluir indicadores da atividade hospitalar para serem utilizados como medida indireta do funcionamento da atenção básica brasileira e da Estratégia Saúde da Família; e,

Considerando o resultado da Consulta Pública nº 04, de 20 de setembro de 2007, publicada no Diário Oficial da União nº 183, de 21 de setembro de 2007, Página 50, Seção 1, com a finalidade de avaliar as proposições apresentadas para elaboração da versão final da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, resolve:

Art. 1º Publicar, na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

Parágrafo único - As Condições Sensíveis à Atenção Primária estão listadas por grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Art. 2º Definir que a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

**JOSÉ CARVALHO DE NORONHA
SECRETÁRIO**

ANEXO

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	A15.0 a A15.3, A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9
1,16	Outras Tuberculosas	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascaridíase	B77
2	Gastroenterites Infeciosas e complicações	

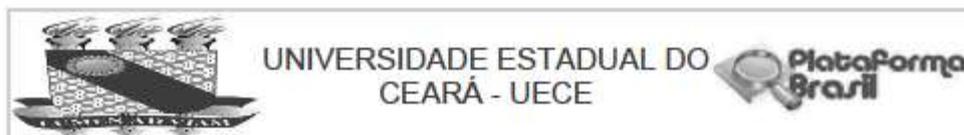
2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiokor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	

7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquiectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes Mellitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1

13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70

17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



Continuação do Parecer: 3.240.060

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1284439.pdf	18/03/2019 11:49:00		Aceito
Outros	termo2.pdf	18/03/2019 11:46:46	ianna oliveira sousa	Aceito
Outros	termo.pdf	18/03/2019 11:20:01	ianna oliveira sousa	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_CEP.pdf	27/01/2019 20:57:35	ianna oliveira sousa	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	27/01/2019 20:49:05	ianna oliveira sousa	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_IANNA.pdf	27/01/2019 19:28:16	ianna oliveira sousa	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 02 de Abril de 2019

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Sítios Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br