

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

FERNANDA NASCIMENTO GOMES

**O AGIR COTIDIANO DOS GESTORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
UM MUNICÍPIO DO ESPÍRITO SANTO**

Vitória

2014

FERNANDA NASCIMENTO GOMES

**O AGIR COTIDIANO DOS GESTORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
UM MUNICÍPIO DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Rita de Cássia Duarte Lima.

VITÓRIA

2014

FERNANDA NASCIMENTO GOMES

**O AGIR COTIDIANO DOS GESTORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
UM MUNICÍPIO DO ESPÍRITO SANTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva na área de concentração Política e Gestão em Saúde.

Aprovada em 25 de agosto de 2014

COMISSÃO EXAMINADORA



Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora



Prof^a. Dr^a. Maria Angélica Carvalho Andrad
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Interno



Prof^a. Dr^a. Eliane de Fátima Almeida Lima
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Externo

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil).

Gomes, Fernanda Nascimento, 1986-

G633a O agir cotidiano dos gestores da Estratégia Saúde da Família em um município do Espírito Santo / Fernanda Nascimento Gomes – 2014.

108 f. : il.

Orientador: Rita de Cássia Duarte Lima.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Saúde da Família. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Gestão em Saúde. I. Lima, Rita de Cássia Duarte. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 614

DEDICATÓRIA

À Maria das Graças do Nascimento, exemplo de mulher de garra e força, meu espelho e meu motivo de tanta saudade. Minha mãe. (in memoriam).

AGRADECIMENTOS

Foram muitos os encontros durante a construção deste estudo.

Encontros com múltiplos significados.

Impossível iniciar esse momento sem antes agradecer a Deus, pela força, pela fé, pelo amor, pela sabedoria e compreensão de que existe um tempo para cada coisa nesta vida.

À minha família, por acreditar sempre em mim, me apoiar, ser meu momento de distração e de sentido nessa vida. Meu pai, meu mestre; minha mãe, minha saudade e meu amor mais profundo; Felipe, pelo carinho e paciência e Pedro Henrique, pela amizade.

Aos meus amigos, minha força, meus momentos de alegria, de distração, e por entenderem minhas ausências nesses últimos dois anos e meio.

Obrigada à família Nupgasc, em especial à Paula Freitas, à Heletícia Galavote, ao Eduardo Dalfior, à Amanda Sulti, à Anny Cecato, à Camila Felsky, à Aline Zamprogno e à Ana Cláudia Garcia, pelos “insights”.

Sou grata aos colegas do Mestrado em Saúde Coletiva, especialmente aqueles que me acompanharam nas viagens cansativas a Vitória, Núbia Milanez e Edgar Lisboa; motivaram-me e foram, muitas vezes, meu ombro nos momentos mais difíceis.

Aos professores nestes dois anos de crescimento intelectual e profissional - em especial a Maria Angélica Andrade - os quais me apresentaram grandes poetas e nomes da Saúde Coletiva.

De Rita de Cássia Duarte Lima tive muito acolhimento. Com ela, durante todos os encontros, quer nos momentos de descontração, de discussão e/ou de produção de conhecimento, pude exercitar vínculo, acolhimento, tecnologias leves do cuidado. Seu saber frutificou muitas ideias e amadureceu muitas dissertações. No seu “exercício de orientadora”, me guiou, com segurança, nos voos mais ousados. Por sua amizade, soube carinhosamente atravessar comigo os caminhos que eu quis e precisei fazer. Com cuidado, soube esperar o momento de dar passagem àquilo que já se expressava, mas ainda estava envolto em névoa.

A todos os entrevistados que se dispuseram a me contar suas vidas profissionais, que a mim confiaram as dificuldades e os sentidos do exercício da função de gestão, agradeço imensamente.

Ao município de Itapemirim, em nome de todos os gestores que investiram e oportunizaram meu crescimento profissional; na companhia dos profissionais da ESF Luanda, ESF Itaoca e ESF Itaipava, caminhos pelos quais percorri durante sete anos de funcionária pública neste município.

À Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo, especialmente ao Pronto Socorro do Hospital Estadual São Lucas, meu atual posto de trabalho; pelo crescimento, pela sabedoria, pelas amizades já construídas, pela felicidade sem fim de estar de volta ao meu lar.

Ainda... E principalmente ao Davisson, que em muitos momentos suportou minhas ausências, minhas angústias e inventou modos de estar presente. Sem ele que, durante todo o processo da dissertação estive intensamente a meu lado, o resgate desse mergulho não seria permitido.

A todos,

O meu muito obrigada!

RESUMO

O Sistema único de Saúde (SUS) pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição de 1988, representando a materialização de uma nova concepção acerca da saúde no Brasil. As diretrizes do SUS são importantes instrumentos indutores de mudanças e modernização da gestão, incluindo aspectos relativos à organização da assistência, como sua humanização e também a busca de maiores níveis de desempenho e responsabilidade institucional para com os resultados alcançados. Diversos autores tem se debruçado sobre o tema gestão, porém, qual o modelo de gestão que conseguiria combinar um papel ativo, de liderança e de coordenação para gestores com autonomia? Este estudo objetiva analisar a prática da gestão nos serviços de saúde do município de Itapemirim/ES, buscando compreender as múltiplas e complexas dimensões que orientam essa prática, tendo como principal fonte as entrevistas de seus gestores. O município adota uma política de gestão participativa na saúde com várias instâncias formais e pratica um investimento em saúde acima do preconizado pela Constituição Federal o que permite um investimento em estruturação e oferta de serviços públicos. Do ponto de vista metodológico, o estudo adota a abordagem qualitativa através de entrevistas semiestruturadas, focalizando a gestão como um mundo social e expressão dos processos presentes nas organizações e que atravessam os relatos coletados. Foram entrevistados três gestores, sendo esses, Secretário Municipal de Saúde, Diretora da Atenção Primária em Saúde e Coordenadora de Estratégia Saúde da Família do município de Itapemirim. A análise do material empírico teve como um de seus eixos o estudo do percurso profissional dos gestores, especialmente os processos que os levaram à função de gestão. A contingência marca essas trajetórias que se desenrolam em um contexto em que, em alguns dos casos, percebe-se que não existe qualquer exigência quanto à formação de gestão. Outro eixo abordado são as práticas de gestão onde são examinados os sentidos que o exercício da função de gestor tem para os sujeitos, como também as suas estratégias de trabalho, planejamento e ferramentas de uso. O exame das práticas de gestão norteia-se pela análise das possibilidades e limites para desencadear processos de mudança. Os depoimentos apontam as características dessas experiências de gestão, que procuram construir condições para processos de mudança, seja através das experiências anteriores desses gestores ou das estratégias de trabalho e do sistema de gestão articulado que procuram desenvolver. Os projetos profissionais dos gestores entrevistadas vão claramente se definindo no âmbito da gestão: se veem, não mais como profissionais de sua área de formação original (enfermeiro, farmacêutico ou cirurgião dentista), mas acima de tudo como gestores, alimentados pelo reconhecimento de suas capacidades de mobilização e de desenvolvimento de mudanças relativas a outras realizações no campo da gestão.

Palavras-chave: Processo de trabalho, Subjetividade, Estratégia Saúde da Família, Gestão em saúde.

ABSTRACT

The Single Health System (SUS) can be considered one of the greatest social achievements enshrined in the 1988 Constitution, representing the embodiment of a new conception of health in Brazil. SUS guidelines are important inducers instruments of change and modernization of management, including aspects related to the organization of care, as its humanization and also the pursuit of higher levels of performance and institutional accountability for the results achieved. Several authors have been addressing the issue management, but which management model that could combine an active role in leadership and coordination for managers with autonomy? This study assesses the practice of management in health services in the municipality of Itapemirim / ES, seeking to understand the multiple and complex dimensions that guide this practice, consisting mainly of interviews with their managers. The council adopts a policy of participatory management in health with various formal bodies and practicing an investment in health above the recommended by the Federal Constitution which allows structuring and investment in public services. From a methodological point of view, the study adopts a qualitative approach using semi-structured interviews, focusing on management as a social world and an expression of processes in organizations and crossing the interviewees. Three managers were interviewed these, Municipal Secretary of Health, Director of Primary Health Care and Coordinator of the Family Health Strategy of the municipality of Itapemirim. The analysis of the empirical material had as one of its principles study of the career paths of managers, especially the processes that led to the management function. The contingency brand these trajectories that unfold in a context in which, in some cases, it can be seen that there is no requirement as to management training. Another aspect addressed are the management practices which are examined senses that the exercise of the function of manager is to the subjects, as well as their strategies work, planning and use of tools. The examination of management practices is guided by the analysis of the possibilities and limits for triggering processes of change. The statements show the characteristics of these management experiences, seeking to build conditions for change processes, either through previous experience of these managers or work strategies and management system articulated seeking to develop. Professionals interviewed managers of projects will clearly defining the scope of management: see themselves, not as professionals in their area of original training (nurse, dentist or pharmaceutical), but above all as managers, fueled by the recognition of their capacities for mobilization and development-related changes to other achievements in the field of management.

Keywords: Work process, Subjectivity, Family Health Strategy, Health management.

LISTA DE SIGLAS

APS – Atenção Primária em Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CF/88 – Constituição Federal de 1988

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COAP – Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde

DAB – Departamento de Atenção Básica

ES – Espírito Santo

ESF – Estratégia Saúde da Família

FAPES – Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

SUS – Sistema Único de Saúde

MS – Ministério da Saúde

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

Nupgasc – Núcleo de Pesquisa em Planejamento, Gestão e Avaliação em Saúde Coletiva.

PAB – Piso da Atenção Básica

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PECAPS – Política estadual de cofinanciamento da atenção primária à saúde

PPGSC – Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva

PSF – Programa Saúde da Família

PMAQ – Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RH – Recursos Humanos

SUS – Sistema Único de Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO	16
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
3.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: LINHAS GERAIS	17
3.2 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: POSSIBILIDADES E DESAFIOS	32
3.3 A GESTÃO EM SAÚDE E SEUS DESAFIOS	43
4 PERCURSO METODOLÓGICO	56
4.1 DELINEAMENTO	57
4.2 CENÁRIO	58
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA	63
4.4 COLETA DE DADOS	63
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	64
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	66
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
5.1 TRABALHO DE CAMPO	67
5.2 O PROCESSO DAS ENTREVISTAS	68
5.3 BREVE APRESENTAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	69
5.4 VIVÊNCIAS E CAMINHOS PROFISSIONAIS: A PRÁTICA PROFISSIONAL E OS PROCESSOS QUE LEVARAM À FUNÇÃO DE GESTOR	70
5.5 A CONCEPÇÃO DE GESTÃO E DO SER GESTOR	75
5.6 OS PROCESSOS DE PLANEJAMENTO DO GESTOR E AS CAIXAS DE FERRAMENTAS	80
5.7 OS PROCESSOS INTERCESSORES: O TRABALHO EM EQUIPE	84
5.8 DIFICULDADES, LIMITES E DESAFIOS DA GESTÃO	87

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
7 REFERÊNCIAS	98
8 ARTIGO	106
APÊNDICES	108
APÊNDICE A	108
APÊNDICE B	111
APÊNDICE C	112
APÊNDICE D	113
ANEXOS	115
ANEXO A	115

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo é parte de um projeto maior denominado “Análise das Principais Modelagens de Gestão na Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo” em desenvolvimento pelo Núcleo de Pesquisa em Planejamento, Avaliação e Gestão em Saúde Coletiva (Nupgasc) do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGSC/UFES) financiado pela Fapes.

A partir deste, procura analisar a prática de gestão em unidades de saúde do município de Itapemirim/ES, através de entrevistas realizadas com seus gestores, buscando compreender as múltiplas e complexas dimensões que orientam essa prática, a partir do seguinte questionamento: como se configura o processo de trabalho dos gestores atuantes na Estratégia Saúde da Família (ESF) no município de Itapemirim/ES?

Essa investigação tem como um de seus eixos o estudo do processo de trabalho dos gestores, o que os levam à função de gestores e os caminhos de construção de suas identidades profissionais.

Quanto às práticas de gestão, este trabalho procura examinar as visões, vivências e sentidos que o exercício que esta função tem para os sujeitos. O exame das práticas de gestão norteia-se pela análise das possibilidades e limites de desencadear processos de mudança no sistema de saúde desse município.

O que me move a pesquisar as práticas de gestão advém do desejo de contribuição para a melhoria do processo de gestão na ESF, compreender como se dá a produção do trabalho dos gestores, as dificuldades, os entraves, as limitações, assim como os avanços que incorporam esse processo. Outro destaque é, também, as dificuldades e limitações verificadas na relação entre trabalhadores e gestores, em particular no que se refere às tomadas de decisões que afetam o cotidiano do processo de trabalho na ponta, onde atuei durante sete anos como integrante de uma equipe de Saúde da Família.

Durante minha graduação em enfermagem pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), entre os anos de 2003 e 2006, pude compreender o processo de construção e estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial a

Atenção Primária à Saúde (APS), objeto de grande interesse de meus estudos, e a introdução de uma nova forma de pensar saúde.

Em diversos momentos, nos meus dois anos de estágio extracurricular na Clínica Médica do Hospital Cassiano Antônio de Moraes (Hucam), era possível perceber no trabalho de diversos profissionais, a compreensão do processo de saúde-doença a uma atenção individual centrada no corpo, na doença, como se indivíduo não tivesse história, trabalho, família, concepções ideológicas e culturais. Assim, o sujeito que sofria algum tipo de intervenção era tomado como se fosse um objeto inerte, passivo, incapaz de esboçar qualquer reação, negativa ou positiva.

Minha trajetória, enquanto profissional, iniciou-se na Estratégia Saúde da Família em 2007, atuando como enfermeira assistencial e coordenadora de unidade, no município de Itapemirim, região sul do Espírito Santo.

Minha prática profissional esteve, desde o início, centrada na análise de diagnósticos locais, participação de conselho municipal, nos atendimentos, na realização de programas preconizados pelo Ministério de Saúde (MS), mostrando que ações de cunho político e estrutural neste contexto poderiam ser capazes de impactar em diversos indicadores de vida dos usuários da ESF.

No meu trabalho dentro da ESF experimentei uma autonomia responsável e pude aplicar meus conhecimentos à proposta do programa, o que me trouxe certa satisfação, sensação de realização e valorização profissional.

Na oportunidade de crescimento profissional e humano notei que o processo de coordenar e ser parte em uma equipe multiprofissional era cheio de circunstâncias e atravessamentos, pois, no início, reconhecia minhas limitações advindas da falta de experiência e qualificação, uma vez que contava apenas com os conhecimentos adquiridos na graduação.

Nesse sentido, senti a necessidade de me aperfeiçoar na área da Saúde Coletiva, buscando mecanismos no qual pudesse interligar a prática à teoria. Em 2010 me especializei em Atenção Primária em Saúde, 2012 em Gestão Pública, 2013 em Gestão em Saúde e por fim ingressei, em 2012, no Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva.

Dejours; Dessors e Desrioux (1993) apontam que o trabalho pode gerar desgastes, mas que é também um fator essencial para o equilíbrio e o desenvolvimento do ser

humano, importando nesta relação não tanto qual trabalho seja realizado, mas sim quais as condições para a realização deste.

Para mim, o trabalho sempre trouxe a possibilidade de realização e de identidade.

A partir deste contexto comecei a refletir sobre a dinâmica organizacional e passei a observar as vivências dos gestores na condução cotidiana de seus processos de trabalho, as dificuldades enfrentadas para conduzir as mudanças necessárias e as incertezas quanto aos processos e resultados.

Meu interesse pela gestão, além de um desafio, foi se tornando uma possibilidade de mudança de paradigmas e reestruturação dos processos de trabalho na área da Saúde.

Nesse ponto Barros (2007) propõe que:

Gestão não é apenas organização do processo de trabalho, mas o que se passa entre os “vetores-dobras” que o constituem. Lugar de produção de saberes, no qual o planejar, o decidir, o executar, o avaliar não se separam o que quer dizer que a atividade e a gestão da atividade não constituem instâncias separadas (BARROS, 2007, p. 62).

Considerando esse pressuposto, a pesquisa busca a compreensão deste lugar de gestor onde se articulam simultaneamente projetos conscientes, racionais, mas também, representações, desejos e subjetividades que são operantes e afetam a vida dos indivíduos e grupos em variadas dimensões.

Essa investigação visa explorar determinadas questões de forma a apreender quem são os gestores, que processos os levaram a tal função, quais as principais motivações e estratégias que utilizam na organização e no planejamento do seu trabalho, seus graus de autonomia e identidade no local em que se constitui gestor e que mudanças apontam como possíveis de realização estando nesse lugar institucional.

Do ponto de vista metodológico, a abordagem qualificada como entrevistas orientou a investigação da prática dos gestores, buscando compreender os processos que atravessam o relato dos entrevistados.

O universo da investigação foram os gestores de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Itapemirim, Secretário Municipal, Diretora da Atenção Primária em Saúde e Coordenadora de Estratégia Saúde da Família.

Este estudo, além de ter como propósito do pesquisador a construção e amadurecimento do seu conhecimento na área de gestão e de políticas de saúde no cenário local, também visa clarear novas formas de fazer gestão, novas práticas e reflexões sobre o tema dos próprios pesquisados/ objetivos vivos do estudo, visto que uma pesquisa não deve se limitar ao campo teórico, a busca é sempre em direção a mudanças positivas das práticas de saúde atuais.

2 OBJETIVO

Analisar a prática da gestão nos serviços de saúde do município de Itapemirim/ES, buscando compreender as múltiplas e complexas dimensões que orientam essa prática.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: LINHAS GERAIS

A primeira definição sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) foi proposta na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (OPAS, 1978). De acordo com a declaração de Alma Ata, a APS corresponde aos cuidados essenciais à saúde, baseados em tecnologias acessíveis, que levam os serviços de saúde o mais próximo possível dos lugares de vida e trabalho das pessoas, constituindo assim, o primeiro nível de contato com o sistema nacional de saúde e o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (OPAS, 1978).

Desde então, diversos autores vêm propondo definições sobre a APS, destacando-se os estudos da pesquisadora Barbara Starfield, referência adotada pelo no Brasil. Para Starfield (2002),

a APS forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Assim, a APS é aquele nível do sistema de saúde que oferece a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade), no decorrer do tempo e para todas as condições (STARFIELD, 2002, p 231).

Segundo Giovanella e Mendonça (2008), não existe uniformidade no emprego da expressão APS, sendo identificadas três linhas principais de interpretação:

- 1) programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços;
- 2) um dos níveis de atenção, que corresponde aos serviços ambulatoriais médicos não especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população;
- 3) ..., uma concepção de modelo assistencial e de organização do sistema de saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008, p. 576).

Nos países europeus, de modo geral, a APS está relacionada aos serviços ambulatoriais de primeiro contato que se integram a um sistema de saúde de acesso universal, ao contrário do que se observa nos países periféricos, onde a APS refere-se, frequentemente, a programas seletivos focalizados e de baixa resolutividade (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008). No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a adotar a designação Atenção Básica à saúde (AB) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde.

Historicamente, a ideia de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e por outro, constituir-se numa referência para a organização do modelo de atenção inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, à crescente complexidade da atenção médica e à baixa resolutividade.

O referido relatório organizava o modelo de atenção em centros de saúde primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveria ser resolvida por médicos com formação em clínica geral. Os casos em que o médico não tivesse condições de solucionar com os recursos disponíveis nesse âmbito da atenção deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas, ou então, para os hospitais, quando existisse indicação de internação ou cirurgia. Essa organização caracteriza-se pela hierarquização dos níveis de atenção à saúde. Os serviços domiciliares de um dado distrito devem estar baseados num Centro de Saúde Primária - uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o apoio de consultores e especialistas visitantes. Os Centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, e com sua localização na cidade ou no país. Mas, a maior parte deles é formada por clínicos gerais dos seus distritos, bem como os pacientes pertencem aos serviços chefiados por médicos de sua própria região (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

Esta concepção elaborada pelo governo inglês influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo duas características básicas da APS. A primeira seria a regionalização, ou seja, os serviços de saúde devem estar organizados de forma a atender as diversas regiões nacionais, através da sua distribuição a partir de bases populacionais, bem como devem identificar as

necessidades de saúde de cada região. A segunda característica é a integralidade, que fortalece a indissociabilidade entre ações curativas e preventivas.

Os elevados custos dos sistemas de saúde, o uso indiscriminado de tecnologia médica e a baixa resolutividade preocupavam a sustentação econômica da saúde nos países desenvolvidos, fazendo-os pesquisar novas formas de organização da atenção com custos menores e maior eficiência. Em contrapartida, os países pobres e em desenvolvimento sofriam com a iniquidade dos seus sistemas de saúde, com a falta de acesso a cuidados básicos, com a mortalidade infantil e com as precárias condições sociais, econômicas e sanitárias.

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, no Cazaquistão, antiga União Soviética, e propuseram um acordo e uma meta entre seus países membros para atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da APS. Essa política internacional ficou conhecida como 'Saúde para Todos no Ano 2000'. A Declaração de Alma-Ata, como foi chamado o pacto assinado entre 134 países, defendia a definição de APS, aqui denominada cuidados primários de saúde, como

cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS/OMS, 1978, p.1).

No que diz respeito à organização da APS, a declaração de Alma-Ata propõe a instituição de serviços locais de saúde centrados nas necessidades de saúde da população e fundados numa perspectiva interdisciplinar envolvendo médicos, enfermeiros, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, bem como a participação social na gestão e controle de suas atividades. O documento descreve as seguintes ações mínimas, necessárias para o desenvolvimento da APS nos diversos países: educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil;

planejamento familiar; imunização; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais (OPAS/OMS, 1978).

A Declaração de Alma-Ata representa uma proposta num contexto muito maior que um pacote seletivo de cuidados básicos em saúde. Nesse sentido, aponta para a necessidade de sistemas de saúde universais, isto é, concebe a saúde como um direito humano; a redução de gastos com armamentos e conflitos bélicos e o aumento de investimentos em políticas sociais para o desenvolvimento das populações excluídas; o fornecimento e até mesmo a produção de medicamentos essenciais para distribuição à população de acordo com a suas necessidades; a compreensão de que a saúde é o resultado das condições econômicas e sociais, e das desigualdades entre os diversos países; e também estipula que os governos nacionais devem protagonizar a gestão dos sistemas de saúde, estimulando o intercâmbio e o apoio tecnológico, econômico e político internacional (MATTA, 2005).

Apesar de as metas de Alma-Ata jamais terem sido alcançadas plenamente, a APS tornou-se uma referência fundamental para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países nos anos 1980 e 1990 do último século. Entretanto, muitos países e organismos internacionais, como o Banco Mundial, adotaram a APS numa perspectiva focalizada, entendendo a atenção primária como um conjunto de ações de saúde de baixa complexidade, dedicada a populações de baixa renda, no sentido de minimizar a exclusão social e econômica decorrentes da expansão do capitalismo global, distanciando-se do caráter universalista da Declaração de Alma-Ata e da ideia de defesa da saúde como um direito (MATTOS, 2000).

Em 2008, no 30º aniversário da Declaração de Alma-Ata, sobre Cuidados Primários à Saúde, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o Relatório Mundial de Saúde 2008, com o tema: Cuidados de Saúde Primários – agora, mais do que nunca, trazendo uma releitura dos conceitos discutidos e construídos em Alma-Ata, os quais se têm mostrado atuais e necessários. O progresso da saúde nesses 30 anos é notável, porém regido pela desigualdade, coexistindo um melhor estado de saúde para uma parte do mundo ao lado de um considerável número de países que ficam em segundo plano e vêm perdendo espaço, por não conseguirem acompanhar

o ritmo rápido das mudanças e transformações impostas pela globalização (OMS, 2008).

O Relatório representa uma oportunidade ímpar para aprender com as lições do passado, considerar os desafios que estão por vir e identificar os caminhos mais apropriados para os sistemas de saúde estreitarem os vazios existentes entre aspiração e implementação. Estes caminhos estão definidos no Relatório como quatro conjuntos de reformas (reformas da cobertura universal, reformas na prestação de serviços, reformas de políticas públicas e reformas de lideranças), que representam os valores dos cuidados de saúde primários, as expectativas dos cidadãos e os desafios do desempenho de saúde que atravessam todos os contextos (OMS, 2008).

No Brasil, algumas experiências de APS foram instituídas de forma incipiente desde o início do século XX, como os centros de saúde em 1924 que, apesar de manterem a divisão entre ações curativas e preventivas, organizavam-se a partir de uma base populacional e trabalhavam com educação sanitária. A partir da década de 1940, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) que realizou ações curativas e preventivas, ainda que restritas às doenças infecciosas e carenciais. Essa experiência inicialmente limitada às áreas de relevância econômica, como as de extração de borracha, foi ampliada durante os anos de 1950 e 1960 para outras regiões do país, mas represada de um lado pela expansão do modelo médico-privatista, e de outro, pelas dificuldades de capilarização local de um órgão do governo federal, como é o caso do Sesp (MENDES, 2002).

Nos anos 1970, surge o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (Piass) cujo objetivo era fazer chegar à população historicamente excluída de qualquer acesso à saúde um conjunto de ações médicas simplificadas, caracterizando-se como uma política focalizada e de baixa resolutividade, sem capacidade para fornecer uma atenção integral à população (MENDES, 2002).

Com o movimento sanitário, as concepções da APS foram incorporadas ao ideário reformista, compreendendo a necessidade de reorientação do modelo assistencial, rompendo com o modelo médico-privatista vigente até o início dos anos de 1980. Nesse período, durante a crise do modelo médico previdenciário representado pela centralidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

(INAMPS), surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS), que visavam ao fortalecimento de um sistema unificado e descentralizado de saúde voltado para as ações integrais. Nesse sentido, as AIS surgiram de convênios entre estados e municípios, custeadas por recursos transferidos diretamente da previdência social, visando à atenção integral e universal dos cidadãos (MENDES, 2002).

Essas experiências somadas à constituição do SUS (BRASIL, 1988) e sua regulamentação (BRASIL, 2011) possibilitaram a construção de uma política de AB que visasse à reorientação do modelo assistencial, tornando-se o contato prioritário da população com o sistema de saúde. Assim, a concepção da ABS desenvolveu-se a partir dos princípios do SUS, principalmente a universalidade, a descentralização, a integralidade e a participação popular, como podem ser visto na portaria que institui a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), definindo a ABS como:

um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado, vínculo e continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, equidade, e participação social (BRASIL, 2006, p.9).

Atualmente, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) aponta o termo Atenção Primária em Saúde como o mais adequado, e o próprio Ministério da Saúde (MS) já se utiliza dessa terminologia na elaboração de alguns documentos, reconhecendo a equivalência, nas atuais concepções, dos termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde, associando ambos aos princípios e diretrizes definidos na PNAB (BRASIL, 2011).

Starfield (2002) aponta como atributos específicos da APS:

- a prestação de serviços de primeiro contato, constituindo porta de entrada do sistema de saúde;
- a longitudinalidade, assumindo o compromisso de responsabilizar-se pela continuidade da relação profissional-paciente ao longo de sua vida, primando pelo estabelecimento de vínculo, seja por meio da adscrição territorial de

clientela, seja por meio da inscrição voluntária dos pacientes em uma unidade de saúde;

- a garantia de cuidado integral, considerando os âmbitos físicos, psíquicos e sociais dentro das possibilidades de atuação do profissional de saúde e abrangendo todas as faixas etárias;
- e a coordenação das variadas ações e serviços indispensáveis na resolução de necessidades menos frequentes e mais complexas (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A autora considera, ainda, que os serviços de APS devem estar orientados para a comunidade, entendendo suas necessidades de saúde; centrando-se na família para avaliar a melhor maneira de responder às necessidades de seus membros; tendo competência cultural para estabelecer o diálogo e reconhecer as distintas necessidades dos diversos grupos populacionais.

No Brasil, a APS é, então, designada pela PNAB (2011) como um conjunto de ações, na esfera individual e coletiva, envolvendo 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, objetivando o desenvolvimento da atenção integral, favorecendo a situação de saúde e autonomia das pessoas e tendo impacto positivo nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. Prevê a utilização de tecnologias de cuidado complexas e variadas para auxiliar no manejo da demanda e no acolhimento das necessidades de saúde da população, considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, na busca de uma atenção integral (BRASIL, 2011).

A PNAB apresenta, ainda, a Saúde da Família como estratégia prioritária para expansão e consolidação da APS, tendo como princípios: a família como foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe, integralidade, corresponsabilização, resolutividade, intersetorialidade e incentivo à participação popular, constituindo um processo dinâmico e sendo de fundamental importância para a organização das redes de atenção (no sentido de coordenar as ações e serviços, garantindo atenção ininterrupta no interior das redes de serviços), por ser considerada a porta de entrada preferencial para a clientela do SUS (BRASIL, 2011).

No contexto da PNAB, a origem das características que hoje repercutem em sérios desafios para o cumprimento dos preceitos constitucionais de 1988, no que tange à saúde, encontra-se na legislação previdenciária, datada de 1923, quando foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões, mais tarde transformadas em Institutos, organizados por segmentos dos assalariados, segundo o setor econômico em que estavam inseridos (COHN, 2009).

Nos dois momentos, os benefícios a que os trabalhadores tinham direito correspondiam à prestação em dinheiro (aposentadorias e pensões) e à assistência médica, e, até 1930, o acesso a eles era vinculado à contribuição compulsória do empregado e do empregador, complementada com uma parte estatal, proveniente de impostos específicos. A partir de 1930, a assistência médica tornou-se uma assistência previdenciária para os segmentos assalariados urbanos da população brasileira, ficando a cargo do Estado as ações de saúde pública: saneamento e ambiente (vacinas, isolamento de portadores de doenças contagiosas e perigosas) (COHN, 2009).

Com o desmembramento do Ministério da Educação e Saúde, ocorrido em 1953, o MS passou a atuar baseado em uma concepção mais universalista, tornando-se o responsável pelas ações de saúde pública no âmbito nacional. Tais ações estruturaram-se sob uma lógica programática voltada à saúde pública, enquanto a assistência médica individual curativa desenvolvia-se, predominantemente, na esfera do sistema previdenciário, deixando transparecer a dualidade da trajetória da política de saúde brasileira (CASTRO e FAUSTO, 2012).

A partir de 1964, durante os governos militares, consolidou-se a contratação de serviços privados de saúde no âmbito da Previdência, por meio de convênios e credenciamentos, como estratégia predominante para a expansão da oferta pública de serviços. O processo de capitalização da medicina no Brasil deu-se com o incentivo do Estado, que ofereceu as condições necessárias para o investimento privado no setor saúde (CASTRO e FAUSTO, 2012).

Na década de 1970, marcada pela expansão e crise do modelo médico previdenciário, a discussão no cenário internacional girava em torno da repercussão negativa da medicalização e da elitização da prática médica, bem como das desigualdades existentes entre o estado de saúde dos povos – países desenvolvidos e em desenvolvimento. Desta forma, a Conferência de Alma-Ata,

realizada em 1978, configurou um marco histórico, no que tange a essa discussão, por reconhecer a saúde como um direito humano e fundamental, cabendo aos governos adotarem as medidas sanitárias e sociais adequadas para sua garantia (CASTRO e FAUSTO, 2012).

Para Cohn (2009), apesar dos avanços obtidos com a realização da Conferência de Alma-Ata, ficaram como herança para o SUS, várias características com as quais o sistema teve e está tendo que se defrontar, dentre as quais enumera: um sistema de saúde dual; uma tradição histórica de políticas de saúde centralizadas e verticalizadas, cabendo ao nível central de governo a definição de prioridades e execução dos serviços de saúde por estados e municípios; um sistema de saúde com um forte setor privado, prestador de serviços de saúde; uma distribuição de equipamentos de saúde desigual, concentrados nos núcleos mais ricos e populosos do Brasil; um modelo de saúde que privilegia o fortalecimento do complexo médico hospitalar, em detrimento das unidades básicas de saúde; a existência de um subsistema público e outro privado, diferenciando o acesso dos indivíduos aos serviços de saúde segundo sua posição no mercado de trabalho e de consumo; e uma privatização do setor saúde.

A autora tece ainda considerações a respeito da descentralização e da regionalização do sistema de saúde. No que diz respeito à descentralização, aponta algumas questões institucionais desfavoráveis como a tradição brasileira de possuir um Estado nacional centralizador, refletindo políticas de saúde centralizadas e verticalizadas, cabendo aos municípios a execução das prioridades e ações ditadas pelo nível central e estadual, respectivamente. Isso porque, como o financiamento da saúde ainda apresenta uma grande parcela do governo federal, é ele quem determina os parâmetros pelos quais a descentralização da saúde acontece (COHN, 2009).

Campos et. al. (2008) corroboram a questão da não efetivação da descentralização ao afirmarem que o direcionamento do modelo organizacional da rede de APS é feito com base em incentivos financeiros. Sendo assim, mesmo que os municípios apliquem no mínimo 15% de sua arrecadação nas ações e serviços de saúde, sendo seu principal financiador no nível local, na prática, sua autonomia decisória e a efetiva descentralização ficam reféns da parametrização estabelecida pelos governos estaduais e federais, uma vez que o aporte de recursos está atrelado aos

padrões por eles estabelecidos. Quanto à regionalização do sistema, sua concretização é prejudicada pela forma como se dá o financiamento da saúde, que por vezes torna os municípios e estados competitivos entre si, na arrecadação de recursos e na distribuição desigual dos equipamentos de saúde, principalmente daqueles de maior complexidade tecnológica, impedindo o êxito na tentativa de garantir retaguarda suficiente de cobertura dos níveis de atenção secundário e terciário, uma vez que os investimentos têm sido insuficientes (COHN, 2009).

Para dar conta destas e de outras questões, o movimento que culminou com a reforma sanitária brasileira apontou a necessidade de reforma setorial no plano nacional. Castro e Fausto (2012) elencam importantes iniciativas de expansão da cobertura, que despontam do contexto de mudanças almejadas pelos atores que fizeram parte do processo, dentre as quais se destacam:

- o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS);
- a implantação da política de Ações Integradas de Saúde (AIS), para fortalecer a rede pública ambulatorial e estimular a integração das distintas instituições de atenção à saúde;
- o lançamento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), considerados estratégicos para a consolidação da rede pública ambulatorial e para a organização das práticas nos serviços básicos de saúde;
- o desdobramento das AIS, em 1987, no Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), centrado na formação dos distritos sanitários, com foco na atenção integral (preventiva e curativa) e na regionalização dos serviços de saúde;
- e, nos anos de 1980, uma proposta reformista divergente dos programas seletivos e focalizados de APS, financiados pelas principais agências internacionais em países pobres ou em desenvolvimento, com ápice em 1988, com a promulgação da 'Constituição Cidadã', introduzindo a noção de saúde como direito social.

Para as autoras,

a Reforma Sanitária Brasileira, iniciada nos primeiros anos da década de 1980, configurou uma ruptura pioneira no padrão de intervenção estatal no campo social e fez da política de saúde a primeira política social universal do Brasil. Emerge desse processo o SUS, coordenado no nível federal exclusivamente pelo Ministério da Saúde (unificando a condução da política nacional de saúde), com ações de saúde descentralizadas e direção única

em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal) (CASTRO e FAUSTO, 2012, p. 177).

A formulação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), logo após a criação do SUS, com o objetivo de contribuir para a redução da mortalidade infantil e materna, principalmente no Norte e no Nordeste, exerceu forte influência na criação do Programa Saúde da Família, a partir de 1994, adotado como projeto prioritário do governo Fernando Henrique Cardoso, passando a ser cada vez mais enfatizado pelo Ministério da Saúde, como a principal estratégia para estruturar os sistemas municipais de saúde a partir da atenção primária, reorientando o modelo assistencial, agora com foco na família e na comunidade (CASTRO e FAUSTO, 2012; GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

Em termos normativos, a APS ganhou destaque na política nacional de saúde a partir da edição da norma operacional básica 96 (NOB 96), que contempla uma importante mudança para o fortalecimento da atenção primária: a alteração no financiamento com a criação do Piso da Atenção Básica (PAB), que tem um componente fixo, calculado em base per capita, e um componente variável, cujo principal incentivo vincula-se ao PSF (CASTRO e FAUSTO, 2012, p. 178).

A transferência do PAB aos municípios favoreceu a ampliação do número de equipes e a cobertura da saúde da família, porém, com maior concentração em pequenos municípios, especialmente nas áreas com baixa densidade assistencial.

Com a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas), em 2001/2002, buscou-se promover a regionalização dos serviços e apontar os serviços básicos de saúde como principal porta de entrada do sistema (CASTRO e FAUSTO, 2012).

O acesso às ações de saúde foi ampliado, contudo, ainda havia alguns desafios a serem vencidos e colocados na agenda do governo que tomaria posse em 2003, dentre os quais é possível citar: a necessidade de implantação do PSF nos grandes centros urbanos; a gestão e a formação de recursos humanos na atenção primária, e a garantia da integralidade nesse nível de atenção (CASTRO e FAUSTO, 2012).

Castro e Fausto (2012), analisando a atenção conferida pelo governo Lula, no período compreendido entre 2003 a 2010, à APS, afirmam que o tema ocupou lugar de destaque dentro do Ministério da Saúde, destacando como indícios:

...a ênfase do plano plurianual setorial (PPA saúde) na atenção básica como porta de entrada ao SUS, com expansão e aperfeiçoamento da Estratégia Saúde da Família; o crescimento contínuo das equipes e o acompanhamento das metas relativas à Saúde da Família pela Presidência da República; a inclusão da atenção básica como um dos seis eixos

prioritários do Pacto pela Vida, a publicação da PNAB em 2006, no bojo da série Pactos pela Saúde, e sua inserção em aproximadamente 13% do total de metas do Plano Mais Saúde: direito de todos – 2008-2011; e o crescimento do aporte de recursos para a área durante todo o governo” (CASTRO e FAUSTO, 2012, p. 180).

A publicação da PNAB reconhece a Saúde da Família como modelo para a substituição e reorganização da atenção básica, valorizando tanto a dimensão preventiva quanto a clínica, defendendo estratégias voltadas para o fortalecimento, a expansão e a qualificação da APS no país, vinculada ao PSF (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

No que se refere à incorporação de outros profissionais na atenção primária, destacam-se a incorporação das equipes de saúde bucal, cuja implantação, iniciada em 2001, foi favorecida pela adoção da política de saúde bucal, denominada Brasil Sorridente; e a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), pautados na qualificação e complementaridade do trabalho das equipes de saúde da família (CASTRO e FAUSTO, 2012).

No que diz respeito ao fortalecimento das ações de monitoramento e avaliação na APS, durante o período observou-se a continuidade da expansão das ações de atenção primária no país como resposta à preocupação com a qualidade e a resolutividade das ações. Além disso, ressaltaram-se as iniciativas de acreditação e a publicação, em 2008, da Lista Brasileira de Internações Hospitalares por Condições Sensíveis à Atenção Básica (CASTRO e FAUSTO, 2012).

A ênfase dada à ESF na agenda federal também pode ser observada por meio de sua inserção em macropolíticas do governo e pela incorporação de medidas voltadas para a redução das desigualdades, dentre as quais é possível citar: a implementação da agenda social para grupos até então excluídos, tais como os quilombolas e os assentados, com incentivos diferenciados para o atendimento a estas populações, o acompanhamento das condicionalidades da saúde entre as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família e a atuação das equipes de saúde da família e saúde bucal nos Territórios da Cidadania. A agenda social repercutiu no financiamento da APS, através do reajuste dos principais incentivos federais, da criação de novos e da adoção de critérios para sua alocação relacionados à redução das desigualdades entre as várias regiões do país (CASTRO e FAUSTO, 2012).

A partir de 2011, pode ser notada uma continuidade nos investimentos e avanços no setor saúde, em nível nacional. Tais investimentos podem ser observados por meio da implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado; da adoção das Linhas de Cuidado, consideradas como estratégias a serem utilizadas nas RAS, aplicadas a determinados diagnósticos ou condições crônicas, que orientam os usuários sobre os caminhos preferenciais que devem percorrer nas linhas e pontos da rede para ter suas necessidades adequadamente atendidas; do fortalecimento e ampliação dos serviços 'Saúde mais Perto de Você' (Melhor em Casa, Brasil Sorridente, Saúde da Família, Academia de Saúde e Consultório na Rua, Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica – Provac, Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família – Proesf, fase 2, Programa de Saúde do Escolar, Programa Brasil sem Miséria, Programa de Requalificação das Unidades Básicas de Saúde, Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica – PMAQ, dentre outros) e do foco na Regionalização e Articulação interfederativa, por meio do Contrato Organizativo da Ação Pública da Saúde (Coap), instituída pelo decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a lei nº 8.080 (BRASIL, 2013).

Brasil (2013) descreve como características das RAS a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção, tendo a APS como centro de comunicação, a centralidade nas necessidades de saúde da população, a responsabilização por uma atenção contínua e integral, o cuidado multiprofissional, o compartilhamento de compromissos e objetivos com resultados sanitários e econômicos. Seus atributos: população e territórios definidos; extensa gama de estabelecimentos de saúde; APS estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, prestação de serviços especializados em lugar adequado; existência de mecanismos de coordenação; continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção; atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade; sistema de governança único; participação social ampla; gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; recursos humanos suficientes, qualificados e comprometidos com o alcance de metas da rede; sistema de informação integrado; financiamento tripartite; ação intersetorial e gestão baseada

em resultado mostram indícios de que o governo federal permanece dispensando esforços para a consolidação da APS como estratégia estruturante do SUS.

Com a promulgação do decreto 7.508, regulamentador da Lei nº 8.080, que estabelece como portas de entrada as ações e serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde, ordenada pela APS, e a publicação da PNAB, em 2011, trazendo a consolidação da ESF como forma prioritária para a reorganização da APS no Brasil, evidencia-se que medidas estão sendo adotadas para o enfrentamento das dificuldades, tornando possível a concretização da APS enquanto política pública, preenchendo as lacunas existentes no sistema de saúde brasileiro.

Durante a década de 1990, o Ministério da Saúde concentrou esforços nas ações de caráter preventivo, investindo em programas de ações básicas como parte da estratégia que visava à reorganização do próprio modelo de atenção, especialmente a promoção da saúde (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

De acordo com Sampaio (2008), muitos movimentos foram realizados visando ao fortalecimento da APS no país, merecendo destaque a criação do Departamento de Atenção Básica pelo Ministério da Saúde em 2000, a implementação da Política Nacional de Atenção Básica e do Pacto pela Saúde e Pela Vida no ano de 2006 (BRASIL, 2006), documentos que reiteraram como prioridade a consolidação e a qualificação da Estratégia Saúde da Família como modelo de APS e centro ordenador das redes de atenção à saúde (CONILL, 2008).

A ESF incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e desponta como um novo paradigma na atenção à saúde, com diretrizes que criam uma nova forma de produzir as ações e serviços de saúde, na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial mecanicista e biomédico (ESCOREL et. al., 2007). Portanto, desde sua implantação, a ESF se propõe a transformar o tradicional modelo sanitário brasileiro médico, medicamentoso, curativo e individual, que tem no hospital o locus de solução para todo e qualquer problema de saúde, em um modelo de saúde coletivo, multiprofissional e centrado na família e na comunidade.

Além disso, a ESF, como estratégia, está baseada nas quatro dimensões exclusivas da APS, dimensionadas por Starfield (2002): atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação.

A garantia de atenção ao primeiro contato está relacionada ao uso da APS como a porta de entrada principal para as questões de saúde e à sua capacidade para lidar com problemas amplos, heterogêneos e fortemente influenciados pelo contexto social. A longitudinalidade requer a existência de aporte regular de cuidados à saúde, assim como seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua e humanizada entre a equipe de saúde, indivíduos e famílias (STARFIELD, 2002).

A integralidade exige a prestação de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, aliada à responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e ao reconhecimento adequado aos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. Por fim, a coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, de um modo integrado e organizado, o que por sua vez exige o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (STARFIELD, 2002).

A concepção de APS produzida pela ESF preconiza a existência de uma equipe multiprofissional, trabalhando com definição de território de abrangência, adscrição de clientela, cadastramento e acompanhamento da população residente na área. Pretende-se, assim, que a Unidade de Saúde da Família (USF) constitua a porta de entrada ao sistema local e ao primeiro nível de atenção, supondo a partir daí a integração à rede de serviços mais complexos (GIOVANELLA e MENDONÇA, 2008).

A equipe de saúde da família torna-se a responsável por conhecer as famílias do seu território de abrangência, identificar os problemas de saúde e as situações de risco existentes na comunidade, programar atividades para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais referentes aos problemas de saúde identificados e prestar assistência integral às famílias sob sua responsabilidade, ampliando e melhorando o acesso às redes assistenciais de saúde (BRASIL, 2006).

A ampliação da rede assistencial de saúde trazida com a implantação da ESF nos vários municípios brasileiros também é apontada como fator relacionado à expansão do mercado, que vem absorvendo um número cada vez maior de trabalhadores, e à reestruturação do processo de trabalho em saúde, através da produção do trabalho em equipe (GARCIA, 2010).

Tal acréscimo observado no mercado de trabalho e a crescente absorção de trabalhadores fazem com que o setor saúde desempenhe um duplo papel social, o de prestar serviços de qualidade para a população e o de gerar empregos, uma vez que os trabalhadores no setor saúde e, principalmente, na ESF constituem a base para a viabilização e a implementação dos projetos, das ações e dos serviços de saúde colocados à disposição da população. Segundo Almeida (2007), é consenso entre os gestores e trabalhadores do SUS, em todas as instâncias de governo, que a formação, o desempenho e a gestão de pessoas estão diretamente ligados à qualidade dos serviços prestados e ao grau de satisfação dos usuários. O autor cita, ainda, que é sabido que a qualidade da assistência (ações e serviços) oferecida aos usuários do Sistema equivale-se na mesma medida ao produto final da forma e das condições como são tratados, em cada ponto de atenção, os trabalhadores que neles atuam.

Outro ponto diz respeito ao crescente processo de discussão em torno da necessidade de se compreender que o fator humano é fundamental para o desenvolvimento de todas as ações de consolidação do SUS, de acordo com a concepção de cidadania e humanização preconizadas pela Reforma Sanitária. Campos (1992), ao analisar o tema, destaca a impossibilidade da consolidação do SUS dissociada do protagonismo dos trabalhadores de saúde no processo de construção dessa política pública. Afirma não ser possível fazer alavancar o SUS sem o esforço e a integração da grande massa de trabalhadores de saúde. O autor alerta sobre a importância da inclusão das necessidades e demandas desses profissionais em quaisquer projetos de mudanças que venham a ser formulados, criando-se uma dinâmica e o funcionamento do sistema, que traga os denominados “recursos humanos” como um dos principais atores do processo de mudança.

3. 2 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: POSSIBILIDADES E DESAFIOS

Para se associar em grupo (...) os humanos não somente identificam-se com um objeto comum e daí, igualmente entre eles, sela também um acordo inconsciente. Para manter seu vínculo e o grupo que o contém não se dará atenção a certo número de coisas: elas devem ser recalçadas, rejeitadas, abolidas, depositadas ou apagadas. (KÄES, 2003, p. 257).

Um dos temas mais discutidos e controversos no campo da Saúde Coletiva no Brasil vem sendo o modo como se organizam os processos de trabalho nos Serviços de Saúde. Este tema faz parte de uma discussão instigante travada entre vários pensadores e militantes da Reforma Sanitária Brasileira e se constitui num dos

grandes nós críticos das propostas e experiências vivenciadas nestes últimos anos que apostaram na mudança do modelo técnico-assistencial das políticas de saúde.

Segundo Marx apud Lima (2001)

“Trabalho é qualquer ação do homem sobre a natureza na intenção de transformá-la, e tem uma finalidade social e uma intencionalidade. O trabalho do homem tem uma racionalidade, uma vez que o homem possui uma faculdade mental e uma capacidade de pensar o trabalho antes de executá-lo. (LIMA, 2001, p.70)”.

Ao analisar o contexto da palavra trabalho nos deparamos com uma diversidade de olhares, fragilidades e dúvidas acerca do tema, que o torna fascinante e desafiador.

As concepções dadas sobre o significado e os modos de organizar o trabalho se agregam, em particular, as ações, inovadoras ou não, instituídas em algum momento na trajetória da sociedade. As muitas formas de “olhar” esse fenômeno têm a ver também com recortes de análise, os valores culturais, éticos, familiares e mesmo com as concepções sobre o trabalho e a vida, tendo a ver, também, com a influência exercida pelas pessoas que são significativas para os indivíduos (LIMA, 2001).

Para Marx (1985), o trabalho é compreendido como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção. E, assim, o trabalho “produz” o homem, mesmo que este seja a fonte daquele e que, em potência, de modo virtual, seja o lugar da criação e o momento de existência e expressão do trabalho vivo, em atividade.

Marx, fazendo uma análise do capitalismo e os efeitos na vida dos seres humanos, entendia que um trabalhador ao atuar em uma linha de produção dentro de uma fábrica, por exemplo, estava totalmente subordinado, no seu agir, à lógica do modo duro e estruturante que a produção impunha por meio de vários processos capturantes da sua capacidade de trabalhar. Marx imaginava que a libertação do trabalhador estava na produção de uma consciência operária que rompesse a dominação capitalista (SILVA, 2004).

O resultado do trabalho materializa-se em produtos que assumem a forma de bens e serviços. Segundo Marx (1985), no capitalismo os produtos têm um duplo valor: valor de troca e de uso. O valor de troca garante que os produtos circulem como mercadorias e o valor de uso expressa a utilidade do produto e permite seu consumo. Nesta lógica o capitalismo restringiu o trabalho às atividades necessárias à produção da mais-valia, a valores de troca.

Três décadas após a morte de Marx, Taylor, capitalista, advogava que o operário sem controle capitalista, faria uma fábrica do seu jeito, isso poderia implicar no prejuízo à lucratividade e a competição do mercado. Desse modo, acabou elaborando um conjunto de teorias de tecnologias de gestão de processos de trabalho que capturaria a autonomia do trabalhador (SILVA, 2004) (CHIAVENATO, 2003).

No ano de 1903, Taylor publicou o livro *Princípios da Administração Científica*, no qual as ideias do incentivo econômico e do “homem certo no lugar certo” são defendidas como fatores estruturantes para o alcance dos objetivos na produção.

O pensamento do autor pode ser resumido em quatro pontos: ciência em lugar de empirismo; harmonia em lugar de conflito; rendimento máximo em lugar de produção reduzida e desenvolvimento especializado de cada trabalhador, afim a de alcançar maior eficiência e prosperidade. Estas são expressas de tal forma que estruturariam uma ciência, substituindo o método empírico (até então empregado) pelo método científico e racional de administrar.

O projeto de Taylor ganhou adeptos ao longo do tempo, sendo progressivamente empregado em vários estabelecimentos, mas também ganhou muitos inimigos que viam em suas ideias um mecanismo de exploração do homem pelo homem.

Em seu estudo sobre produção, Taylor foi enfático na busca pelo menor desperdício. Suas observações apontavam para o grande dispêndio de energia gerado pelo inevitável aumento de produção em uma sociedade capitalista. As noções de divisão do todo em partes e a produção em um tempo cada vez menor levaram o autor a formular seu estudo sobre “tempos e movimentos” (CHIAVENATO, 2003).

A observação detalhada do tempo e do movimento empregados em cada atividade do operário rendeu não só economia de capital, como gerou a compartimentalização das atividades. Taylor reforçou a tendência, já em desenvolvimento, de especialização no trabalho, esquadrinhando e recortando não só as atividades produzidas pelo homem como sua própria natureza.

Tal contexto gerou a segmentação dos empregos, a expansão dos serviços e, conseqüentemente, a individualização dos comportamentos no trabalho.

Campos (2007) faz várias críticas ao taylorismo e propõe repensar o significado e o modo como se organiza o trabalho e entendê-lo com uma dupla finalidade: produzir

bens e serviços necessários ao público, mas também cuidar da constituição do Sujeito e dos Coletivos. Nesta perspectiva, o trabalho não seria apenas um meio para assegurar o sustento material, mas também estaria implicado com a própria constituição das pessoas e de sua rede de relações: equipes, grupos, organizações, instituições e sociedades.

O autor chama atenção para o fato de que o conceito do trabalho sob a perspectiva capitalista “agoniza”. Assim, constrói o Método da Roda para a recomposição conceitual e prática do trabalho.

Um conceito de trabalho que transcenda o de postos de empregos oferecidos pelo mercado, o que implica a criação ativa de espaços de trabalho que considerem tanto o desejo e interesse do agente produtor. Tudo isso sustentado por meio de políticas públicas que objetivem tanto o bem-estar do público, quanto a expansão das possibilidades de trabalho (CAMPOS, 2007, p. 54).

O Método da Roda propõe três linhas de intervenção para contribuir com essa reconstrução.

Primeira: estimulando a construção de um novo conceito de trabalho: que de uma atividade produtora de valores de troca (ou de mais-valia), fosse pensado e remunerado como uma atividade produtora de valores de uso.
Segunda: apoiando a recomposição operacional dos postos de trabalho pela instituição de políticas sociais que multiplicassem as oportunidades concretas deste novo tipo de trabalho. Isto tanto reconhecendo sua legitimidade, quanto o remunerando. Na realidade, uma linha de combate ao desemprego estrutural.
Terceira: tudo porque se considera o trabalho um dos planos essenciais para a constituição de Sujeitos, de Coletivos e da Sociedade como um todo. Um modo essencial de expressão do Sujeito no mundo: a produção de Obras como um espelho em que a reflexão crítica (para além da auto referência narcísica) tornar-se-ia possível (CAMPOS, 2007, p. 54).

O Método da Roda é um método que aposta na democracia institucional não somente como um meio para impulsionar mudanças sociais, mas como um fim em si mesmo. Adota como diretriz metodológica a instalação de processos que objetive a construção de Espaços Coletivos – “arranjos concretos de tempo e lugar, em que o poder esteja em jogo; e onde, de fato se analisem problemas e se tomem deliberações” (CAMPOS, 2007, p. 42).

Foucault, em uma conferência proferida no Rio de Janeiro, no ano de 1973 defende a ideia de que “as práticas sociais podem chegar a engendrar domínios de saber que não somente fazem aparecer novos objetos, novos conceitos, novas técnicas, mas também fazer nascerem formas totalmente novas de sujeitos” (FOUCAULT, 1999, p.8). A forma compartimentalizada do processo de trabalho com base no

controle do tempo e do movimento pode ser traduzida em uma prática produtora de bens de consumo a baixo custo, mas igualmente produtora de sujeitos pouco autônomos e alienados do processo de produção – sujeitos marcados pela heteronomia no trabalho (FOUCAULT, 1999).

Sobre o processo de trabalho, é possível destacar o quanto o capitalismo reproduz essa lógica compartimentalizada, não apenas por trás do muro das fábricas, mas também esquadrihando o planeta. Para não cairmos na armadilha das falsas ideias vinculadas ao trabalho como algo em extinção, é fundamental compreender o processo de produção na saúde – não sob o foco do por que, mais sim olhar o modo como se opera o trabalho: como um bem.

O bem é procurado pelos usuários quando buscam um serviço de saúde, pois o que se quer é manter-se vivo, é querer que sua saúde seja mantida, para poder seguir na vida. Desta forma, o produto do processo de trabalho em saúde – a manutenção da saúde – está ligado diretamente ao momento da produção – o ato cuidador (MERHY, 1997).

A assistência como um resultado do trabalho coletivo abrange um conjunto de trabalhadores, que, por meio de ações, fazem intervenções tecnológicas em saúde. Por exemplo, a recepcionista de um ambulatório, responsável por informar, receber os usuários e encaminhá-los ao atendimento, está produzindo saúde – qualquer lugar de um estabelecimento de saúde onde ocorre um contato entre um trabalhador e um usuário há produção de um processo de trabalho em saúde. Há inúmeros processos de trabalho construindo a assistência; processos que decorrem do “trabalho morto” e construção de “trabalho vivo” (MERHY, 1997).

Merhy (1997) chama o trabalho no momento exato da ação de “trabalho vivo em ato”. Afirma que o mesmo é composto pela dimensão da atividade como construtora de produtos, ligada à realização de uma finalidade para o produto, e outra dimensão que é relacional, pois vincula o produtor do ato, o trabalhador, aos produtos produzidos, bem como as relações estabelecidas com outros trabalhadores e com os usuários de seus produtos. “Trabalho morto” (MERHY, 1997) são todos os produtos-meios envolvidos no processo de trabalho e que são resultados de um trabalho anteriormente realizado. Assim, o trabalho morto é a cristalização do trabalho vivo, diferenciando-se do trabalho vivo no momento em que o mesmo é produzido.

No cotidiano do trabalhador em saúde, quanto mais pautadas forem suas ações no trabalho vivo, maior a liberdade e a criatividade nas suas ações, e possibilidades de criação de vínculos. O trabalho, enquanto pautado no trabalho morto, irá produzir certo grau de aprisionamento no seu processo produtivo, dificultando a realização do encontro com os usuários.

No caso da saúde, os fins são: cuidar da saúde da população, ajudando as pessoas a mudar seus estados de consciência (autonomia), levando-as a cuidar de sua própria saúde, ou seja, suas vidas. Outra finalidade é levar os trabalhadores também a mudar seu estado de consciência, tendo mais autonomia na organização de seus processos de trabalho. O trabalho deve ser um fator importante na formação e crescimento destes trabalhadores do ponto de vista político, cognitivo e afetivo. Para tanto, todos têm que ser corresponsáveis e cogestores do trabalho da equipe.

Diante do exposto, para organizar os processos e os meios, a principal função da gestão é o planejamento.

Dentre as várias definições de planejamento, podemos entendê-lo como a mediação entre o conhecimento e a ação. Todo planejamento visa pensar uma ação que seja transformadora, para isto deve ser precedida por uma decisão baseada num conhecimento. Por isso, como parte do planejamento, temos um diagnóstico, que significa: dia = através; e gnosis = conhecimento. Portanto, planejamos por meio de um conhecimento diário, contínuo.

Segundo Peduzzi e Schraiber (2009, p. 323) o conceito de processo de trabalho em saúde refere-se à “dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, ou seja, à prática dos trabalhadores/ profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde”. É característica específica do processo de trabalho em saúde, o fato de que seus produtos são consumidos no exato momento de produção. Por exemplo: um curativo, uma consulta, um procedimento qualquer é consumido pelo usuário, na relação com o trabalhador e no momento em que este realiza este procedimento. Isto se dá pelo fato de que, o trabalho em saúde, salvo algumas exceções como no setor de laboratórios, é sempre relacional. Por outro lado, o usuário se apresenta vulnerável na busca de uma resposta para sua necessidade de saúde.

Cecílio (2006) apresenta uma taxonomia constituída em cinco conjuntos de necessidades de saúde. São elas:

- Boas condições de vida: a maneira como a pessoa vive se “traduz” em diferentes necessidades de saúde. Aqui, agregam-se o sentido funcionalista, os fatores externos (ambiente) determinam o processo saúde-doença (exemplo, o mosquito *Aedes aegypti*/vetor e o homem/ hospedeiro) e o sentido de concepção marxista, o qual considera que o lugar ocupado pelos homens e mulheres no processo produtivo capitalista explicaria os modos de adoecer e morrer (exemplo, ambiente e tipo de trabalho, acesso à água tratada, condições de moradia e hábitos pessoais).
- Acesso e consumo da tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida. Tendo em consideração os conceitos de tecnologias leves, leve-duras e duras soma-se o valor de uso (CAMPOS, 1992), que traz no seu bojo a ideia de que cada tecnologia de saúde é sempre definida a partir da necessidade de cada pessoa, portanto, a importância do consumo das tecnologias não é estabelecida apenas pelos técnicos, mas também pelas pessoas com suas necessidades reais.
- Criação de vínculos (referência e relação de confiança) afetivos e efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional de saúde.
- Necessidade de autonomia e autocuidado (construção de sujeitos). Cada pessoa possui graus crescentes de autonomia no seu modo de viver. Esta autonomia implica mais do que informação e educação em saúde, mas também a reconstrução dos sentidos de sua vida.
- Necessidades de ser alguém singular com direito à diferença: ser sujeito de direito e cidadão, ser igual, ser nominal, ser respeitado em suas necessidades “especiais”, ser incluído.

Saber disto é fundamental para a organização do processo de trabalho. Problematizar isto, a partir de relações dialógicas que busquem o empoderamento do usuário na construção coletiva do projeto terapêutico singular é um desafio.

O arsenal tecnológico para trabalho em saúde classificado por Merhy (1997) pode ser pautado nas tecnologias leves, que se referem às relações, às interações entre

os sujeitos; tecnologias leve-duras que são os diversos saberes e conhecimento técnico estruturado; e as tecnologias duras, que se referem aos instrumentos propriamente ditos. Com isto o uso das tecnologias duras seria realizado na exata medida da sua necessidade, ao contrário do que acontece hoje, onde seu uso se dá de forma exacerbada, tornando os serviços de saúde muito caros e pouco resolutivos. É o processo de trabalho que marca o perfil da assistência que se oferece, ou seja, o tipo de cuidado prestado ao usuário. Isto é definido pelo modo como o trabalho está organizado e a forma como são utilizadas as tecnologias na produção do cuidado em saúde.

Quando iniciamos a avaliação de um serviço de saúde, centrado no processo de trabalho, devemos observar, acima de tudo, os elementos que dizem respeito às relações entre os trabalhadores, e destes com os usuários, à micropolítica da organização dos serviços.

Como dito anteriormente, no setor saúde, a produção ocorre na intervenção em ato, ou seja, exatamente no trabalho em si, no trabalho vivo em ato, pois ele se dá no próprio ato de cuidar, no acolhimento e na relação profissional-usuário.

Ao classificar as tecnologias em saúde em leve, leve-dura e dura, o autor expõe a dinâmica do processo de captura do trabalho vivo pelo morto e vice-versa, no interior dos distintos modelos tecnoassistenciais em saúde, e a configuração tecnológica de “um certo processo produtivo em saúde, um certo modo de produzir cuidado” (MERHY, 2007).

Se por um lado o trabalho em saúde é operado por diferentes tecnologias, estas não estão livres de serem alteradas e aprisionadas. As alterações provenientes do modo de produção capitalistas marcaram de forma profunda a sociedade e o campo da saúde. Segundo Merhy (2007) um modo de aprisionar a prática a partir das inovações tecnológicas imprime mudanças no perfil da qualificação dos profissionais, na força de trabalho e nos processos de troca. Tais mudanças alteram crucialmente a composição da força de trabalho. São novas tecnologias de gestão produzindo novos produtos, ou uma maneira diferente de produzir antigos arranjos capazes de capturar o trabalho produzido durante uma consulta – um bem consumido no ato de sua produção pelo usuário (temática abordada com maior aprofundamento ao falar em gestão em saúde).

Melhor do que anunciar o desmontar da lógica do trabalho em saúde, operando sobre as tensões, seria dizer que o processo de trabalho em saúde opera sobre o trabalho vivo centrado, um conjunto de saberes construído para a produção de produtos singulares e que servem até mesmo para organizar as ações humanas nos processos produtivos. Seu campo de ação imprime novos arranjos tecnológicos além de ser o lugar privilegiado da transformação da assistência do setor saúde, e, portanto, um lócus de disputa das várias forças presentes e interessadas nesse processo (MERHY, 2007).

Neste sentido, é fácil perceber que o campo da saúde está em constante transformação, possibilitando, diariamente, novos modos de agir em saúde e inúmeros agenciamentos produtores de forças heterogêneas que se conjugam em fluxos para operar mudanças.

A precarização das relações trabalhistas com vínculos instáveis, a deterioração das condições de trabalho e a perda dos direitos do trabalhador causaram graves efeitos na força de trabalho em saúde; e, é neste contexto que emergem as demandas por mudanças nos processos de desenvolvimento dos trabalhadores; que incluem a superação dos modelos tradicionais, uma postura proativa dos gestores e comprometimento e responsabilização dos profissionais na discussão e implantação de políticas de saúde.

Campos (1994) nos leva a reflexão ao indagar.

O homem morreu.

A humanidade teria sido aprisionada pela mídia, pelo mercado, pelo poder institucional, perdendo, em decorrência, quase toda a capacidade de iniciativa?

Nenhum serviço público conseguiria funcionar com eficiência e equidade.

Todos os movimentos populares e entidades sindicais estariam condenados à prisão do corporativismo e à paralisia decorrente de burocratização.

Na vigência real de todos esses impasses, alguém ainda acreditaria na possibilidade de mudanças, de reformas, ou revoluções, com sentido humano e democrático?

Como recuperar a vontade dos indivíduos, grupos e coletividades, de maneira a compor-se uma massa crítica apta a construir novos projetos? (CAMPOS, 1994, p. 29).

O autor aponta ser possível promover processos de mudanças nas e a partir das pessoas/sujeitos, como também no funcionamento das instituições/sistemas/organizações/redes/ estabelecimentos de saúde, mediante movimentos moleculares e multicêntricos. Indica estratégias/diretrizes para temas e questões que matem pertinência, e continuam a ser desenvolvidas pelo autor como:

reformulação da estrutura e das maneiras de governar serviços públicos de saúde; reordenação da clínica e da saúde pública e constituição de novos protagonistas da reforma (produção de sujeitos) (CAMPOS, 1994).

De fato, o processo de democratização no Brasil levou a um fortalecimento da opinião pública e a um aumento na cobrança por melhores resultados do Estado e de suas organizações, o que fez com que a sociedade passasse a exercer significativas pressões no sentido de uma maior competência do Estado em suas funções de formulação de políticas, coordenação, regulação e prestação de serviços.

A descentralização de políticas públicas, como ocorreu no SUS, ao transferir para níveis mais periféricos as decisões e as ações antes centralizadas, também, contribuiu para a construção de um novo papel para as organizações e seus gestores. Ao lado da democratização, a descentralização de funções e de responsabilidades possibilitou à sociedade novos instrumentos de cobrança e fiscalização da execução das políticas e tornou possível a exigência de respostas efetivas às suas demandas (CAMPOS, 1994).

A implementação e operacionalização do SUS, de acordo com os princípios definidos pela Constituição Federal e pelas leis que a regulamentam, definiram novas exigências que resultaram em estruturas organizacionais coerentes com as transformações das práticas no setor.

As organizações de saúde por trabalharem com saúde são complexas, já que o próprio conceito de saúde é variável e incorpora dimensões bastante ampliadas, basta ver a definição do texto constitucional de saúde “como direito de todos e dever do Estado”. Ao mesmo tempo o conceito e as percepções de saúde dos indivíduos incorporam aspectos éticos, morais, sociais, econômicos, religiosos, dentre outros. Os profissionais de saúde atuam em campos com valores éticos e morais como a influência sobre a vida e a morte; relação entre sigilo profissional e direito à informação; escolha entre prioridades num contexto de escassez e outros tão complexos quanto estes. O trabalho em saúde demanda alta qualidade e exige que os profissionais considerem seus próprios valores e se adaptem às expectativas e necessidades dos usuários (MINTZBERG, 1995).

Campos (2007) ao abordar a tema trabalho questiona.

Trabalha-se em função do próprio desejo ou apenas sobre a vivência biológica social? O trabalho seria uma servidão imposta aos homens desde que foram expulsos do paraíso ou um meio para concretizar seus desejos mais sagrados? Trabalha-se para assegurar a sobrevivência ou também para produzir alguma obra? (CAMPOS, 2007, p.51).

O conceito de obra, a que Campos refere, diz respeito ao reconhecimento do resultado do trabalho quando se consegue aproximar e articular o objeto de investimento afetivo e criativo do trabalhador, com suas responsabilidades profissionais (encargo sanitário e finalidades organizacionais), com a produção em saúde (efetividade no trabalho), com reconhecimento, tanto pelo trabalhador que o produz como pela sociedade, do valor e dos resultados de seu trabalho. O autor faz crítica à organização fragmentária do trabalho em saúde e da lógica gerencial hegemônica, que responsabiliza os trabalhadores por tarefas e procedimentos de pouco significado, sem espaço criativo, distanciando-os de “sua obra”, do entendimento e da celebração de resultados finalísticos da organização, com conseqüente alienação e desmotivação.

A produção da Obra não elimina o trabalho penoso, mas permite relações mais afetivas e prazerosas com o trabalho. Uma Obra de todos, mas que contaria também com a contribuição singular de cada um. Obra de todos que coparticipam, funcionando como coautores na história de cada organização (CAMPOS, 2007, p.133).

O autor aposta na possibilidade de criação de situações singulares por meio da construção de graus de autonomia por parte do trabalhador, que passa a integrar projetos que permitam produzir sentido para a ação. Tal possibilidade relaciona-se à construção de um novo conceito de trabalho entendido como atividade criativa e produtora de valores de uso. Dessa forma, o trabalho deve ser visto como um dos planos essenciais para a constituição de sujeitos, levando a uma recomposição dos postos de trabalho no interior dos espaços organizacionais (CAMPOS, 2007).

O aumento da autonomia e realização de obra no trabalho implica na ampliação do objeto de trabalho (o que se responsabiliza o encargo, objeto em que se vai atuar, ou seja, o indivíduo doente ou com risco de adoecer em um dado território de trabalho ou moradia); dos objetivos da atenção em saúde (melhoria, resolução de problemas, necessidade de saúde, aumento da autonomia dos sujeitos, produção de valores de uso); e dos meios de intervenção (equipe transdisciplinar, adensamento tecnológico, atividades e promoção à saúde no território, trabalho extra e intersetorial); e na conseqüente ampliação do que necessita ser conhecido (campo

de saberes), do que necessita ser ensinado (formação), do papel e da responsabilidade dos profissionais (CAMPOS, 2007).

O trabalhador de saúde necessita operar com autonomia sobre seu processo de trabalho, pois principalmente no caso da saúde é necessário um tipo de gestão que não bloqueie os fluxos de subjetivação, pois o trabalho mecânico tende a não promoção da saúde.

Há pessoas obrigadas a realizar um trabalho mecânico e que somente será cumprida a custo ou de vigilância controlada ou de estímulos econômicos no estilo pagamento por produtividade. Nunca se garantirá atenção da qualidade a partir destes instrumentos de gestão (CAMPOS, 2007, p.23).

O modo de organização dos serviços sempre foi pautado na lógica do saber profissional e das categorias, constituindo assim uma prática excludente e fragmentada restringindo a participação dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde.

Para Campos (2007) a validação dos arranjos organizacionais deve ser feita pela capacidade da organização de garantir sua tríplice finalidade: produção de saúde com eficácia e efetividade da atenção, produção de autonomia, bem-estar e valorização dos trabalhadores e sua sustentabilidade e reprodução.

A alienação real dos trabalhadores é, portanto, a separação concreta e cotidiana, dos produtores da gestão dos meios de produção e do resultado de seu próprio trabalho. A expressão desse fenômeno é a impossibilidade de participar da gestão (Campos, 2007, p. 27).

Para o autor autonomia diz respeito à possibilidade de automover/agir dentro de normas ético-estéticas, técnicas/administrativas de uma instituição e do estado de direito de um dado país/mundo. Ela é sempre relativa e tem coeficientes. Pressupõe responsabilização por pessoas e pela natureza. Autonomia deve ser entendida como maior capacidade de compreender e de agir sobre si mesmo e sobre o contexto, com protagonismo, com maior capacidade reflexiva e de estabelecer compromissos e contatos com outros (CAMPOS, 1997, 2007).

3. 3 A GESTÃO EM SAÚDE E SEUS DESAFIOS

No desenvolvimento do setor de saúde no Brasil e na América Latina, vem ocorrendo, fora algumas exceções, uma dissociação entre os serviços preventivos e os curativos ou médico-hospitalares. Enquanto que os primeiros sempre foram de responsabilidade do setor público estatal, os últimos foram assumidos pelo setor

privado ou filantrópico – salvo os hospitais de doenças infecciosas, como hanseníase, que mais se assemelhavam a espaços de segregação social e eram de responsabilidade do Estado. A administração destes serviços, principalmente dos hospitais, aparentemente, dava-se sem suporte teórico e era, predominantemente, realizada pelo médico. Com a criação dos cursos de enfermagem, na década de 1920, as enfermeiras passam a assumir ações administrativas intermediárias no hospital. Ao médico cabia a função de diretor.

Entretanto, a criação de Escolas de Saúde Pública no Brasil introduziu conteúdos de administração na formação do sanitarista. Foi no ano de 1951 que o primeiro curso de especialização em Administração Hospitalar foi criado na Universidade Estadual de São Paulo: a Faculdade de Saúde Pública (KISIL, 1994).

A partir de um diagnóstico da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) sobre o ensino de Administração em Serviços de Saúde na América Latina, foi criado, com o apoio da Fundação W. K. Kellogg, o Programa de Coordenação e Apoio à Educação em Administração de Atenção à Saúde na América Latina e Caribe (PAHO, 1979). Estes programas passaram a ser conhecidos como PROASAs (Programas de Administração em Saúde) – isto ocorreu entre os anos de 1976 e 1986 (KISIL, 1994).

No Brasil, duas escolas ficaram com a responsabilidade de coordenar os cursos, ambas vinculadas à Fundação Getúlio Vargas (FGV): a Escola de Administração Pública, no Rio de Janeiro, e a Escola de Administração de Empresas e Hospital das Clínicas, em São Paulo. O currículo do curso era dividido em cinco áreas: Saúde e Sociedade, Planejamento em Saúde, Economia, Finanças e Controle de Custos, Administração de Serviços de Saúde, e, Administração e Comportamento Organizacional. Esta última área abordava as Teorias Administrativas e ocupava 1/3 da carga horária do curso. O objetivo era de que o futuro administrador entendesse o fenômeno organizacional. De modo geral, o curso centrava-se em uma base teórica sólida, com pouco espaço para a prática (KISIL, 1994).

Os parâmetros dos PROASAs influenciaram os processos decisórios na área administrativa, política e de planejamento em saúde. A consulta aos manuais do PROASA era frequente na busca de parâmetros e eixos que auxiliassem na construção de serviços de saúde.

Nas últimas décadas, o modo de administrar os serviços de saúde tornou-se uma possibilidade concreta de construir uma nova forma de produzir mudanças. Segundo CAMPOS (1991), “(...) a adoção de um dado padrão de gerência de sistemas de saúde é um elemento tão essencial à manutenção de um determinado padrão de serviço como à sua reforma radical” (CAMPOS, 1991, p. 34). Para o autor, a política é de grande importância na construção dessa nova prática, cuja gênese, na perspectiva de ampliar o modo de assistência e atenção em saúde, encontra-se na proposta da Reforma Sanitária e no repensar o Sistema de Saúde.

Apesar do tema administração de serviços de saúde ser matéria discutida nas escolas de Saúde Pública desde a década de 1970, este é um assunto ainda atual na área, no sentido de tomar a gestão pública democrática como horizonte, pois na verdade, neste país, ainda não se consolidou outra forma de conduzir os estabelecimentos de saúde que não baseada no modelo liberal norte-americano¹ (CAMPOS, 1991).

É possível identificar características do modelo de Gestão predominante no mercado dos serviços de saúde brasileiros. Nas décadas de 1940 e 1950, incorporaram-se conceitos de Administração Científica à saúde. Essas novidades foram trazidas pela Fundação SESP e pela Escola de Saúde Pública da USP. Mas, no entanto, elas serviram para reforçar ainda mais a estrutura hierarquizada e de baixa motilidade gerencial da Saúde Pública. (CAMPOS, 1991).

O exercício liberal da prestação de serviços e o desenvolvimento da atenção médico-hospitalar, acompanhado da política de Estado de compra de serviços, resultaram no atraso do desenvolvimento de tecnologias administrativas para o setor público.

De acordo com o mesmo autor, “não se desenvolveu, dentro deste modelo, uma teoria de gestão específica para serviços de saúde; simplesmente foram incorporadas algumas noções da chamada Escola Clássica” (CAMPOS, 1991, p.04).

O interesse de determinadas classes profissionais, da classe médica em particular, também contribuiu para a adaptação do modo de gestão típico do mercado ao setor público.

As organizações - “conjunto de pessoas e processos que tende a estabelecer relações e ações duráveis com vistas a objetivos que o orientem e, além disso, que

o perenizem” (MOURA, 2003, p. 36) - de saúde possuem especificidades no processo de trabalho, na clientela e no produto. São organizações caracterizadas pelo fato do poder decisório quanto à administração e distribuição de recursos centrar-se sobre uma parcela importante dos profissionais operacionais – médicos, enfermeiros, nutricionistas, entre outros.

Segundo MINTZBERG (1995), estas organizações formariam pirâmides invertidas ao concentrarem o poder na base da organização. São inúmeros os autores que teorizam sobre a estrutura e a forma das organizações. MINTZBERG (1995) expressa sua visão de acordo com sete configurações. Conforme o jogo de combinações, essas configurações vão caracterizar os mais diferenciados tipos de organização.

¹ O modelo liberal de administração de serviços de saúde é uma proposta desenvolvida e aplicada em países como os EUA. No Brasil, a adaptação causou certas iatrogenias no serviço, como o excessivo peso dado a burocracia. Ver mais detalhes em CAMPOS, 1991.

O autor destaca a convivência de todas as configurações em uma mesma organização; no caso da saúde, o estudo das organizações dá forma a uma organização do tipo profissional.

As organizações do tipo profissional possuem profissionais altamente especializados na sua base operacional. A atividade desenvolvida tem alto grau de autonomia, garantindo, aí, o poder na base da organização. O controle e a coordenação das ações destes trabalhadores no torna-se, assim, bastante complexa. Neste sentido, os trabalhadores sofrem pouca ou nenhuma influência interna da administração quanto a seu modo de trabalho.

Segundo CECÍLIO (1999), os acordos entre os profissionais e o processo de trabalho, quase sempre com cunho privatizante, atravessam a gestão. Ou seja, diferentes interesses perpassam a gestão. Interesses estes que resistem a mudanças e fazem do poder o seu aliado. Assim, este autor afirma como a forma de entender da vida organizacional em processos democráticos para a gestão, deve-se eleger o poder como tema central. Recomenda ainda que a negociação necessariamente esteja presente.

As organizações de saúde apresentam também uma área de apoio bem desenvolvida: são as atividades meio, realizadas por uma grande parcela dos

profissionais da base operacional. Essas atividades são entendidas como sendo ações auxiliares e não parceiras. Este é um fator que interfere de forma contundente no atendimento ao usuário. Os profissionais da área meio que disputam espaço dentro da organização, de maneira sutil, utilizando-se da parcela de poder que detêm. Por exemplo, decisões sobre cortes nas solicitações de material, sem dúvida, às vezes significam excesso de burocracia e/ou falta de conhecimento da real necessidade do serviço, mas não é raro se consubstancializarem num dos meios utilizados para medir forças com os profissionais da área fim (ABRAHÃO, 2000).

A exemplo das Unidades de Saúde, estas têm objetivos que, na maioria das vezes, diferem dos objetivos dos profissionais nela alocados. Aliado à pulverização interna do poder, isso faz com que as metas a serem alcançadas pelas corporações profissionais se sobreponham às metas da organização. Esse mesmo estilo de exercício de poder, que dificulta o alcance dos objetivos institucionais, agrega os trabalhadores em torno de interesses corporativos. O fim último da organização costuma pulverizar-se, nem sempre prevalecendo a atenção ao usuário. Como destaca LEMOS (1994), os grupos de especialistas internos à organização tendem a abordar os problemas de saúde a partir da visão especializada que adquiriram ao longo de sua formação. Em função de suas especialidades, passam a ter verdadeiros sub-objetivos e buscam, dentro da unidade, exclusividade nos benefícios.

Buscando conceitualmente o significado da palavra gestão, vemos que, na ciência administrativa, a gestão possui a dimensão do gerir, enquanto a administração se refere ao ato de governar, dirigir e manter sob controle (SULTI, 2014). No começo do século XX ganharam notoriedade escolas clássicas como o “taylorismo” e o “fordismo” que foram adotadas como paradigmas para pensar a administração pública (CAMPOS, 2007). Até pouco tempo, a administração era considerada responsável pelo aspecto geral da organização, como visto anteriormente, enquanto que a gestão pelos diversos setores separadamente, onde cada gestor era responsável pela gestão de pessoas, gestão de materiais, gestão financeira, entre outros (SULTI, 2014).

A expansão da rede de serviços de saúde, com a incorporação da assistência individual e com o alargamento da ação estatal do bem-estar social vivida após a

Segunda Guerra, serviu de base para a construção de competências nos terrenos da organização e administração.

Assim a temática da gestão foi paulatinamente entrando em cena na área de saúde, tanto como decorrência das tentativas de implementação de modelo de administração pública gerencial, no contexto de reforma do Estado, como também por seu reconhecimento pelo Movimento Sanitário como fator estratégico na construção do SUS, criando novas necessidades para o desenvolvimento de tecnologias de gestão em saúde.

Atualmente, entende-se o conceito de gestão a partir da dimensão do gerir, gerenciar (SANT'ANNA, 2013). Autores como Campos e Onocko (2009) também se referem à gestão como ato de governar pessoas, organizações e instituições, estando, nesse contexto, inserido uma dimensão política no sentido que existe exercício do poder no ato de “dirigir as pessoas”. Dessa forma, recentemente, os termos administração e gestão tomaram a mesma dimensão, de maneira que consideram o termo administração como o antigo, e o novo como o termo gestão (SANT'ANNA, 2013).

Pensar a Gestão em Saúde é pensar o processo de trabalho como produtor de algo. Campos (1992) afirma que, na saúde, o consumidor, ou seja, o usuário busca ações de saúde – ações com valor inestimável, posto que permitam mantê-lo vivo, possibilitam a autonomia dele para viver. São ações com valor de uso.

(...) o valor de uso não é, pois, igual ou equivalente à necessidade social. O trabalho mira (objetiva) necessidades sociais, mas produz coisas com valor de uso, coisas potencialmente úteis, supostamente capazes de atender a necessidades. Diferença sutil, mas importante (CAMPOS, 2000, p. 49).

Segundo Campos (1992,1998), a autonomia relativa dos médicos e de outros profissionais de saúde poderia representar uma vantagem que assegura qualidade ao trabalho. Para tanto, o autor critica as tentativas de se impor controle administrativo às equipes. Sugere ainda a instituição de modificações radicais no processo de trabalho, no sentido de definir claramente as responsabilidades de cada equipe por um conjunto de pacientes (equipes de referência).

Campos (1997) trabalha com os conceitos de núcleo e campo de responsabilidade para as equipes. Ele defende um processo de trabalho interdisciplinar que permita a superação da fragmentação originária da especialização burocrática. O núcleo indica a identidade profissional, o conjunto de saber e prática próprios da profissão. O

campo se refere ao cumprimento dos objetivos negociados – uma ampliação situacional do núcleo.

A ideia de campo e núcleo trazida por Campos (1997) é interessante para pensar a tensão entre o gerenciar e a atenção em saúde. Ambas são constitutivas do mesmo campo – a saúde –, mas possuem núcleos de saber distintos. E é sobre esta tensão que autores como Merhy (2002), Cecílio (1994), Onocko (2001), e Campos (2000) têm trabalhado. Uma produção que guarda na prática dos serviços de saúde a sua principal fonte teórica.

Nesta perspectiva, os serviços de saúde são organizações que concentram essa tensão. Segundo Merhy (2000), “Nos serviços de saúde, o trabalho vivo em ato, produtor de bens finais, intervém permanentemente na dupla dimensão (dobra) da gestão: é ação sobre o processo de definição micropolítico da política e é ação operadora da produção de bens” (MERHY, 2000, p.140).

Além de operar sobre esta dobra, a gestão em saúde tem como desafios: superar o modelo tradicional centrado em aspectos financeiros e de administração de material; desenvolver linhas teóricas que consigam um olhar diferenciado para as especificidades nesse campo; superar o reducionismo na atenção à saúde e, por fim, criar práticas democráticas na dinâmica gerencial (MERHY, 2000).

O Sistema único de Saúde, entendido como um sistema ou corpo é, na verdade, um campo atravessado por várias lógicas de funcionamento, por múltiplos circuitos e fluxos, também de usuários, o qual nos leva a pensar numa rede – móvel, assimétrica e incompleta – de serviços que operam distintas tecnologias de saúde, que são acessadas de forma desigual pelos diferentes indivíduos, únicos ou coletivos, que delas necessitam. (FRANCO; RAMOS. 2010, p. 156).

Outros desafios pontuados para a qualificação da assistência em saúde não se referem apenas aos problemas de ordem financeira, mais também, pode-se destacar o corporativismo, a apatia burocrática (CAMPOS, 1994), a falta de ética e relação entre profissionais/ usuários, o clientelismo político, a corrupção, a baixa governabilidade e capacidade gerencial, a baixa qualidade de serviços, dentre outros (AZEVEDO, 2013). Nesse aspecto, o que em última instância pressupunha um projeto societário mais amplo, tem se enfraquecido – cada vez menos capaz de mobilizar “corações e mentes”, de canalizar o investimento e a criatividade de grande parte dos trabalhadores, gestores e usuários dos serviços – apesar dos esforços de muitos e sucessos em experiências localizadas.

Desse modo, a gestão dos serviços públicos de saúde associados à qualidade e integralidade do cuidado tem se constituído como “um dos principais desafios da Reforma Sanitária Brasileira” (AZEVEDO, 2013, p. 34), na expectativa de alcançar um impacto positivo na dinâmica do funcionamento organizacional e de qualidade dos serviços de saúde almejados. Há uma perspectiva em relação aos aspectos microsociais/ relacionais presentes no cotidiano dos serviços de saúde e o papel de cada sujeito nessa dinâmica organizacional. Para Campos (2005), a gestão tem o potencial de criar dependência ou ampliar a capacidade de análise, por se tratar de um dispositivo capaz de alterar padrões de subjetividade – a gestão como um processo de construção deliberada de modos de ser, com importante grau de autonomia.

Quanto aos processos do modelo de subjetivação das elites brasileiras, Jurandir Costa (2001, p. 80) destaca o “alheamento em relação ao outro” – indivíduos vistos como espécie de “resíduo social inabsorvível, com o qual se deve aprender a conviver” (COSTA, 2001, p. 80); característica dada aos pobres e miseráveis de nossa sociedade, uma maioria cada vez menos reconhecida como pessoas dotadas de moralidade. Nesse ponto observam-se os limites para alcançar a qualidade do cuidado em saúde, objetivo central da gestão.

Dejours (1999) complementa ao citar a capacidade de tolerância da sociedade em relação às injustiças sociais e com o sofrimento infligido a outrem em nossas sociedades, um *ethos* predominantemente dirigido ao culto do privado, desclassificando a participação da política como uma gestão do bem comum; o que fez da própria política e do Estado instituições acessórias. Essa “reviravolta imaginária”, citada por Jurandir (2001), retrata a sociedade vivendo numa cultura “clínico-narcisista”, o que nega a possibilidade de se pensar no outro. Fácil reconhecer que, nesse contexto, toda construção de projetos coletivos de planejamento, gestão e cooperação (AZEVEDO, 2013) é prejudicado.

Os próprios gestores, na difícil posição de governar, cumprem uma espécie de função de passagem e articulação entre as questões de governo e os interesses dos vários grupos de trabalhadores; medeiam e favorecem o fortalecimento do laço social, propiciando governabilidade e autonomia às equipes, construindo novos sentidos ao trabalho e novos imaginários na organização (ONOCKO CAMPOS, 2003).

A situação da degradação das condições de trabalho, a deficiência da maioria dos serviços públicos de saúde, impõe uma crise além do campo gerencial e assistencial, emergindo uma crise de sentido (AZEVEDO, FERNANDES & CARRETEIRO, 2007). Esse cenário minimiza possibilidades da relação de vínculo e pertencimento dos profissionais que exercem cargo de liderança e gerenciamento. Nesse aspecto, Azevedo (2013) retrata o potencial dos dispositivos coletivos na mudança dos processos de gestão, ao propiciarem uma construção subjetiva – processos identificatórios, novas simbolizações no trabalho nos serviços de saúde e construção de novos vínculos –, favorecendo a ligação dos membros do grupo.

Ao criar espaços para problematização da “atividade da gestão e a gestão da atividade” (BARROS & BARROS, 2007, p. 357), o gestor aumenta o grau de autonomia nos processos de pensar-fazer seu trabalho e implica “sustentar a indissociabilidade entre atenção e gestão”. Nesse sentido é possível firmar um trabalho ético em saúde (BARROS & BARROS, 2007).

A reforma do modelo de gestão para a área pública deveria pautar-se na descentralização, no planejamento e na avaliação. Para Campos (1992), o modo de gerenciar a saúde deve considerar o Sistema Único de Saúde (SUS) como fator estratégico à reforma sanitária, desde que o entendamos como instrumento de exercício de poder democrático. Neste sentido, poder-se-ia utilizá-lo como estímulo à criatividade com o objetivo de formar sujeitos que transformem a realidade atual, garantindo o acesso à saúde e às tecnologias que auxiliam a humanidade a ter uma vida mais saudável.

A adoção e a avaliação deste ou daquele modelo administrativo vai depender muito do uso e dos interesses dos grupos que estejam dominando o setor em cada momento.

O processo mecânico e burocrático de gestão dificulta mudanças. Grande parte dos gestores está apenas preocupada em adaptar métodos e modos de trabalho tradicionais. O que o SUS carece hoje ultrapassa o limite adaptativo, entra no campo da reforma, da invenção e inclui um caminhar tenso pela micropolítica.

A micropolítica, termo este criado por Guattari e Deleuze e aplicado, atualmente, por autores da saúde coletiva, como Franco e Merhy, situa-se em um contexto social e é o estudo das linhas de segmentarização (duras, flexíveis e de fuga) que atravessam

indivíduos e grupos. As linhas estão sempre imbricadas umas nas outras, são imanentes, ou seja, o processo que as constitui é de coprodução e acoplamento. Nelas são as conexões que definem os termos. Não há algo de fora que as organize, não há transcendências ou *a-priori*. (GUATARRI, 1992). Neste contexto, a micropolítica se situaria no cruzamento entre diferentes modos de apreensão de uma problemática. Destes, Guatarri (1992) utiliza-se de dois principais: o molar e o molecular. No entanto, embora estes dois processos sejam os mais utilizados, isto não significa que não existam outros processos de subjetivação. Muito pelo contrário, há inúmeros processos que articulam a produção de subjetividades.

Neste sentido, a gestão em saúde assemelha-se a um plano de produção com possibilidades para acoplamentos (negociações), com fluxos percorrendo-a e com uma intensa produção subjetiva.

O plano molar seria o plano da segmentaridade dura, do visível, dos processos constituídos. Nela encontramos a predominância de linhas duras como a família, a classe social, as Instituições, etc. Essas linhas são subordinadas a um ponto de referência que lhes dá sentido e implicam dispositivos de poder diversos que sobrecodificam os agenciamentos em grandes conjuntos, identidades, individualidades, sujeitos e objetos. Este plano comporia o que Deleuze e Guattari chamam de um sistema arborescente, o qual se caracteriza por desdobramentos e derivações a partir de uma referência primeira e funciona por reprodução (GUATARRI, 1992).

O plano molecular, por sua vez, refere-se ao plano da formalização do desejo – do invisível – onde não se tem unidade, mas intensidades. Nele temos a predominância das linhas flexíveis e das linhas de fuga (GUATTARI, 1992). As linhas flexíveis conformam os fluxos que buscam se desviar da sobrecodificação totalizadora das linhas duras. Já as linhas de fuga são abstratas e nos conectam com o desconhecido, operando aberturas para um campo de multiplicidades.

Segundo os autores, o bloqueio nestes processos de transformação no campo subjetivo pode nos tornar alienados. A garantia de não cairmos na alienação e de que nossos processos de singularização não sejam padronizados está na preservação da nossa autonomia – “(...) acredito que há um nível nos grupos autônomos (nível molar) em que eles são envolvidos por circunscrições, entram em relações de força que lhes dão uma figura de identidade”. (GUATTARI, 1992, p. 45)

Aqui podemos relacionar a questão da autonomia à sua importância para os serviços de saúde. O trabalhador de saúde é autogestor, opera com ampla autonomia/autogestão sobre seu processo de trabalho. No caso da saúde, de um modo geral, é necessário um tipo de gestão que não bloqueie os fluxos de subjetivação.

Ao analisarmos a afirmativa de GUATTARI (1992) acerca do trabalho em saúde e da autonomia como autenticidade dos processos de singularização; reconhecemos que a autonomia é constitutiva do trabalho em saúde, já que lidar com a saúde é lidar com algo inesperado.

O trabalhador de saúde necessita de criatividade e um alto grau de autonomia para improvisar, ter iniciativa e poder exercer um trabalho resolutivo. Pensar o conceito de micropolítica acoplado à gestão em saúde é perceber que estes são conceitos intrínsecos da nossa prática – somos os seus agentes diretos. De acordo com Merhy (1994) os trabalhadores da saúde são os possuidores do que melhor a tecnologia em saúde nos oferece; que é o saber, o conhecimento e o trabalho em ato – o exercício do nosso autogoverno?

É importante que se demonstre alguns aspectos básicos do trabalho vivo em ato, ao fabricar as ações de saúde individuais e/ou coletivas, no que se refere ao seu desdobramento tecnológico no espaço da gestão, tanto na sua dobra ao nível do processo produtivo, quanto na das relações institucionais, tentando com isso entender e mostrar a importância deste elemento na análise e compreensão das várias propostas, que vêm sendo geradas no interior dos distintos experimentos do SUS, e ainda quanto às suas capacidades de gerarem dispositivos (analisadores) modificadores dos processos de trabalho em saúde. Segundo Lima (2012),

para que o exercício de novas formas de gerir e organizar instituições - com o objetivo de superar as práticas tradicionais de administração - se efetive é necessário realizar uma transformação no cotidiano do fazer/pensar saúde, o que demanda a apropriação da trajetória de constituição do SUS no nosso país e a crença na potencialidade da mudança. [...] Nesse sentido, a inovação da gestão na área da saúde coletiva exige grandes investimentos em formação gestora para administrar e gerir as instituições, ou seja, para aumentar a produtividade (eficácia) e assegurar ampliação do acesso em rede e melhoria da qualidade do cuidado (efetividade). Para isso, faz-se necessário ter um Estado que se harmonize com esse dever, tanto do ponto de vista de assegurar os meios e processos de execução (o agir

administrativo), quanto da garantia dos recursos financeiros (LIMA, 2012, p.3).

Parte destas distintas experiências, apesar de ricas do ponto de vista macropolítico, têm falhado no sentido de conseguir pensar a elaboração de “tecnologias” para o trabalho vivo em ato que enfrentem as situações efetivas e necessárias de mudanças (MERHY, 1997). E, assim, não têm dado conta da vitalidade deste

² O termo autogoverno está associado à autoanálise, que significa o “processo de produção de reapropriação, por parte dos coletivos auto gestores, de um saber acerca de si mesmo, suas necessidades, desejos, demandas, problemas, soluções e limites” (BAREMBLITT, 1996, p. 156). Esse conhecimento confere ao sujeito a capacidade de intervenção sobre o seu meio, construindo uma realidade diferenciada nos serviços de saúde.

trabalho no seu fazer, inclusive como chave estratégica para “publicização” dos modos de fazer a política e de fabricar as ações nos espaços de autogoverno existentes no interior das equipes de saúde, e expressos nas relações institucionais com os usuários (FRANCO, 2006).

O espaço dos serviços de saúde não se constitui apenas de um espaço material, normativo e político, mas sim dotado de um imaginário compartilhado entre os sujeitos, profissionais de saúde, condicionados ao papel de escuta e resposta às demandas da população, e aberto às mudanças para a melhoria das práticas de saúde e de gestão. Essa compreensão é fundamental na dinâmica entre os indivíduos e as organizações e para a capacidade de pensar nos processos de mudança em situações de crise (AZEVEDO, 2013).

A mudança nas práticas de saúde é uma tarefa que vai além das soluções micropolíticas (melhoria das condições e dos processos de trabalho). É necessário reconhecer e compreender os processos intersubjetivos do trabalho gerencial e suas consequências na vida e na qualidade do cuidado, fortalecer dispositivos e processos de gestão e organização e acender aos gestores em sua própria subjetividade; reconhecendo o sofrimento e o prazer, vínculos afetivos que os ligam ao trabalho e do sentido deste em suas vidas. “A responsabilidade dos gestores, para ser responsabilidade pelos gastos públicos, tem que ser, antes, responsabilidade para com o outro.” (AZEVEDO, 2013, p. 46).

Caminhos díspares cruzam a todo instante o plano da gestão em saúde. O fluxo contínuo de processo de subjetivação em que a invenção e a crença estão

presentes compõe a paisagem. Aproximar-se desse território – um terreno caótico em intensa produção e transformação- requer algo que possa, ao penetrar entre as moléculas da gestão, analisar seus fluxos. É preciso entender parte de como se produz Gestão.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Trabalhar a pesquisa no campo da saúde coletiva é percorrer por caminhos interdisciplinares, abordando temas das ciências humanas, fundamentais para o enriquecimento da compreensão e problematização desse campo (GALAVOTE, 2010).

Conceber a realidade no modo de interpretação seja individual ou coletivo, e não enquanto totalidade pronta, acabada e externa ao pesquisador, evidencia o caráter comprometido desse processo e mostra que as escolhas realizadas ultrapassam aspectos meramente técnicos, sendo frutos de sua visão de mundo (MINAYO, 2000).

O objeto de conhecimento, desta forma, recortado, delimitado, definido a partir da visão do pesquisador que, por sua vez, é fruto de seu posicionamento histórico e social. Em virtude disto, assume-se ser o objeto das ciências sociais, intrinsecamente ideológico, impregnado pela visão de mundo do pesquisador (MINAYO, 2000).

Tendo em vista que o elemento mais importante para nortear as escolhas relativas ao desenho do estudo é a consistência entre a metodologia e os questionamentos do pesquisador sobre a realidade empírica, delimitada enquanto objeto, nesta pesquisa optou-se pelas abordagens qualitativas, assumindo-se os pressupostos nelas implícitos, sob o olhar do pesquisador, sujeito social historicamente situado. Trata-se aqui da etapa decisiva do processo de pesquisa.

O problema para o pesquisador não é o de capturar um instantâneo, como uma fotografia, mas o de catalisar a dinâmica da revelação-construção do sentido do vivido e da dinâmica do sofrimento/prazer no trabalho. Desta forma, a ação de transformação passa pela mobilização da capacidade de análise dos sujeitos sobre suas relações com a organização do trabalho (DEJOURS, 1994).

A análise da dimensão subjetiva do trabalho passa, necessariamente, pelo acesso ao sentido que aquela situação tem para os próprios indivíduos, exige um trabalho reflexivo de elaboração coletiva, orientado pelo desejo de produção e pela vontade de emancipação dos trabalhadores/ gestores participantes (DEJOURS, 2006).

4.1 DELINEAMENTO

Esta pesquisa consiste em um estudo de caso de caráter qualitativo com objetivo de caracterizar e analisar a prática da gestão de Itapemirim/ES, buscando compreender as múltiplas e complexas dimensões que orientam essa prática no agir cotidiano desses gestores.

Ancorada no referencial teórico-metodológico das pesquisas sociais e humanas, a pesquisa constitui um tipo de estudo que busca observar, descrever e documentar os aspectos de uma situação que naturalmente ocorre, trazendo uma abordagem qualitativa fundamentada na constatação de que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível a partir da descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e definida pelos seus próprios atores (LUNARDELO, 2004).

A pesquisa qualitativa em saúde trabalha com os significados das ações, motivações, aspirações, crenças, valores, atitudes e relações humanas, apreendidas a partir do olhar do pesquisador, ou seja, ele capta um fragmento ou parte de uma realidade. A ênfase é compreender e analisar a dinâmica das relações sociais estabelecidas com a vivência e a experiência no cotidiano, compreendidas dentro de estruturas e instituições (MINAYO, 1994).

Pope e Mays referem que a pesquisa qualitativa está relacionada aos significados que as pessoas atribuem às suas experiências do mundo social e a como as pessoas compreendem esse mundo – a capacidade interpretar os fenômenos sociais (interações e comportamentos) em termos dos sentidos que as pessoas lhes dão; em função disso, é comumente referida como pesquisa interpretativa, esta que estuda pessoas em seus ambientes naturais e não em ambientes artificiais ou experimentais (POPE; MAYS, 2005).

Qualquer que seja a postura adotada pelos que aderem à pesquisa qualitativa há implicações sociais, políticas, ideológicas e éticas, as quais possuem dois principais desdobramentos nos estudos do setor saúde: 1) reconhecimento do ponto de vista dos outros; 2) interesse nas experiências e nos processos de significação (BOSI, 2004).

Nesta perspectiva, realizamos o exercício de interpretação a partir dos significados atribuídos pelos entrevistados a uma experiência em gestão em saúde.

Assim, a metodologia proposta torna-se adequada aos objetivos desta investigação, à medida que o processo de trabalho em saúde e o trabalho dos gestores são processos sociais intermediados pela objetividade e subjetividade, tendo a capacidade de incorporar as questões de significado e intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais.

4.2 CENÁRIO

A descrição do cenário da pesquisa, ou seja, do ambiente onde o serviço se insere se faz de fundamental importância, visto que influencia na configuração da personalidade, problema e situações de existência do sujeito (TRIVIÑOS, 1987).

O cenário no qual são desenvolvidos os processos de trabalho, no cotidiano das instituições, constitui um espaço propício ao desvendamento dos conflitos e ruídos gerados na produção dos atos em saúde, assim como, a revelação do “modo de atuar” de cada trabalhador de saúde que detém suas próprias ferramentas para a construção de sua relação com o usuário no atendimento de suas necessidades de saúde.

Desta forma, a análise deste espaço, de interseção de saberes, práticas e subjetividades, permitem o entendimento e compreensão da maneira como são produzidas as ações de saúde no núcleo de saberes de cada profissional e no campo de práticas, no qual, os núcleos se conformam na produção de encontros e afetamentos. (GALAVOTE, 2010, p. 68).

O município de Itapemirim, cenário deste estudo, está situado ao sul do Estado do Espírito Santo, ocupando uma área de 561,872 quilômetros quadrados e a 122 km da capital do estado Vitória (IBGE, 2010). Limita-se a leste com o oceano Atlântico, ao norte com os municípios de Piúma e Rio Novo do Sul, a oeste com Cachoeiro de Itapemirim e Atilio Vivacqua e a sudeste e sul com Marataízes e Presidente Kennedy.



Figura 1. Brasão Município de Itapemirim. RAG, 2013.



Figura 2. Mapa do Espírito Santo – Município de Itapemirim. RAG, 2013.

Sua população de acordo com dados do Censo 2010 era de 30.988 habitantes, sendo 15.535 de homens e 15.453 de mulheres. Estima-se que no ano de 2013 essa população passou a ser de 33.610 (IBGE, 2010).

Em relação ao Sistema Municipal de Saúde, com a edição da Norma Operacional da Assistência – NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002, que propôs a organização descentralizada da saúde apoiada na construção de um sistema de saúde resolutivo, ficou estabelecido e assegurado um modelo de instância de decisão compartilhada entre os gestores de saúde para que os limites administrativos não se tornassem empecilho à resolutividade do sistema. Para a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o sistema de saúde compreende a “rede de serviços cujo objetivo é proporcionar um ótimo nível de saúde às pessoas, protegê-las dos riscos de adoecer, satisfazer as necessidades individuais de saúde e distribuir de forma equitativa o nível de saúde” (OPAS, 2003).

A Lei Complementar nº317/2005 organizou o funcionamento do Sistema Estadual de Saúde do Estado do Espírito Santo, estabelece o modelo assistencial regido pelas orientações estratégicas: descentralização, estruturação a partir da atenção primária e organização de sistemas integrados de serviços de Saúde.

Em suas atividades econômicas destacam-se o cultivo da cana-de-açúcar (maior produtor de açúcar e álcool do Estado), mandioca e abacaxi. Realiza atividades ligadas à pecuária leiteira/corte e pesca. Por ser região litorânea tem o turismo como importante fonte de renda.

Entre outras características, possui 19 estabelecimentos de Saúde SUS, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – 2010 (IDHM 2010) de 0,654 e PIB Per Capita de 94. 760, 55 reais.

Utiliza-se, para instrumento de planejamento municipal, a Lei Orgânica Municipal, Plano de Governo e Plano Diretor Municipal (PDM). Seus instrumentos de Gestão Urbana são: Lei do Perímetro Urbano, Lei do Parcelamento do Solo, Código de Obras, Código de Postura, Código de Vigilância Sanitária e IPTU Progressivo. Possui programa de Geração de Trabalho e Renda, com incentivos para atração de atividades econômica, benefício tributário ao IPTU, doação de terras e distrito industrial. A descentralização da estrutura administrativa é composta por: Conselho na área de Educação, Conselho de Pesca, Conselho de Ação Social, Conselho do Idoso, Conselho de Saúde, Conselho da Agricultura, Fundo Municipal de Saúde e Fundo Municipal de Educação; participam, também, da estrutura do município o Conselho Tutelar e o Tribunal ou Juizado de pequenas causas (PMS, 2010-2013).

O município na sua estrutura quanto à Atenção Primária conta com as seguintes unidades de saúde próprias: Unidade Básica de apoio Brejo Grande do Sul, Unidade Básica de Apoio de Brejo Grande do Norte, Unidade Básica de Apoio do Frade, Unidade básica de apoio do Gomes, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) de Retiro, PACS Campo Acima, PACS de Itaipava, Estratégia Saúde da Família (ESF) Vila de Itapemirim (com duas equipes), ESF de Luanda, ESF de Garrafão, ESF de Graúna, ESF de Itaoca, ESF de Itaipava, além de uma Unidade Móvel Terrestre e um Centro Municipal de Odontologia (CEMO); as quais desenvolvem atividades como: Consultas de especialidade médicas básicas, consultas e procedimentos de odontologia básica (com realização de R-X), visita domiciliar e educação em saúde por profissionais de nível médio e superior,

imunização, curativos, exames cito patológicos, nebulização, verificação de pressão arterial, glicemia capilar, administração de medicação parenteral (PMS, 2010-2013).

A Secretaria Municipal de Saúde de Itapemirim consta no seu quadro com 252 servidores. Sendo, Efetivos – 44,07%, Contratados – 5,55%, Comissionados – 1,98%, Cedidos – 4,36%, Processo seletivo pela CLT – 44,04%. A jornada de trabalho destes é de 20, 30 e 40 horas/semanais (PMS, 2010-2013).

O Município de Itapemirim responde pelas ações básicas de saúde desde 1997, com a Habilitação na Gestão Plena da Atenção Básica. Em 2002, o Município de Itapemirim foi habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, sendo o responsável pela gerência das atividades ambulatoriais básicas de saúde, o que inclui: consultas médicas em especialidades básicas, atendimento odontológico básico (procedimentos coletivos, procedimentos individuais, dentística e odontologia cirúrgica básica), atendimentos básicos por outros profissionais de nível superior, atendimento ambulatorial e domiciliar por membros da Equipe de Saúde da Família, vacinação, atividades educativas a grupos da comunidade, assistência pré-natal, atividades de planejamento familiar, pequenas cirurgias, atendimentos básicos por profissionais de nível médio, orientação nutricional e alimentar ambulatorial e comunitária, pronto atendimento, ampliação da atenção básica e organização da média e alta complexidade. Homologado o Termo de Compromisso de Gestão (TCG) e publicado os Termos de Limites Financeiros Globais (TLFG), pela Portaria nº 408 de 02 de março de 2009 (RAG, 2011, 2012).

- As metas definidas pelo Plano Municipal de Saúde (2010-2013) que se constituem em prioridades para o Município e que deverão garantir o acesso da população são as seguintes: Implementar o Programa de Saúde da Família como estratégia para reorganizar a prestação da assistência à saúde;
- Incrementar as ações de Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambiental visando melhoria das condições de saúde da população Itapemirinese, através da estruturação de um Serviço de Vigilância em Saúde;
- Implantar ações de atenção psicossocial por meio de uma Equipe de Saúde Mental;

- Promover ações de imunização, prevenção e controle das doenças como: hipertensão arterial, diabetes, hanseníase, cárie dentária, tuberculose, dengue;
- Desenvolver ações de atenção à saúde da criança, da mulher e do idoso, com medidas de promoção e prevenção à saúde desses grupos populacionais;
- Desenvolver ações de educação sanitária visando melhoria da qualidade de vida da população;
- Implementar um sistema estatístico e informatizado para agilizar o fluxo de informações sobre saúde no Município de Itapemirim;
- Capacitação do setor de Recursos Humanos e Controle Social (Conselho Municipal da Saúde).

A política municipal de saúde prima por ampliar a assistência, promoção, proteção e apoio à saúde do usuário do Sistema Único de Saúde, como também proporcionar participação da sociedade com o pleno funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.

De acordo com o Relatório de Gestão Anual (RGA) de 2013, o Plano Municipal de Saúde de Itapemirim (2014-2017) foi elaborado no decorrer do ano de 2013, e expressa o que a atual gestão pretende executar, a fim de ampliar as atividades voltadas às áreas prioritárias sob a ótica da integralidade da assistência, universalidade do acesso e equidade, proporcionando a população serviços de saúde com qualidade.

Este Plano apresenta como objetivos específicos:

- A reestruturação da atenção primária e ordenação dos serviços através de ampliação e fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF);
- Humanização do atendimento, suporte especializado para a ESF, ampliação e reestruturação da Saúde Bucal;
- Implantação de políticas de promoção à saúde, prevenção de riscos, danos e agravos,
- Implantação e gestão do Manual Técnico das Normas das rotinas e procedimentos nas Unidades Básicas de Saúde;

- Fortalecimento da atenção especializada e gestão do cuidado no Programa DST/AIDS, Hepatites, Hanseníase e Tuberculose;
- Implantação e reorganização da Rede de Saúde Mental;
- Implementação e qualificação das ações de proteção à saúde e ações das vigilâncias: epidemiológica, sanitária, ambiental e saúde do trabalhador;
- Inovação do sistema de atendimento hospitalar e de urgência para construção do Complexo Regulador Municipal.

A gestão em saúde de Itapemirim do ano de 2014 foi o caso estudado. Essa escolha se deu pela proposição, pela esfera municipal, a partir da mudança de governo em 2012, que definia como prioridade o estabelecimento de novas práticas e definição de estratégias de mudança do modelo assistencial, com enfoque na Atenção Primária em Saúde.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

A ideia norteadora é que cada entrevistado constitui uma somatória indefinida de saberes oriundos de contatos e aprendizados inumeráveis, o que forma um ciclo de circulação de conhecimentos infinitos; trazendo, em cada discurso, um pouco do que foi apreendido coletivamente através da troca de experiências individuais.

De acordo com Minayo (2003), a amostra ideal para a pesquisa qualitativa é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões.

Para o alcance dos objetivos deste estudo, foram convidados a participar os gestores: Secretário Municipal de Saúde; Diretor Municipal da Atenção Primária em Saúde e Coordenador Municipal da Estratégia Saúde da Família.

4.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados, a técnica de investigação escolhida foi a entrevista semiestruturada, procedimento que permite obter informações contidas na fala dos atores através de fatos relatados conforme a realidade vivenciada.

A entrevista caracteriza-se por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala, sendo útil, como meio de coleta de

informações sobre um determinado tema científico (MINAYO, 2001). A função do pesquisador, neste contexto, é descobrir o que é significativo nas falas dos entrevistados, suas preocupações, interpretações e suas visões de mundo.

A coleta de dados foi feita por meio de entrevista individual com os gestores, em seus locais de trabalho, com a utilização de um formulário de identificação dos gestores (APÊNDICE A) e um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE B), que permitiu uma comunicação eficaz através da entrevista, o que facilitou o início, a ampliação e a imersão no processo de comunicação (MINAYO, 2007).

Trivinõs privilegia a entrevista semiestruturada, porque “[...] ao mesmo tempo em que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação” (TRIVINÕS, 1987, p. 146). Em conformidade com a ideia proposta, Luandarello (2004) afirma que este tipo de entrevista organiza-se a partir dos temas que se quer abordar durante a entrevista, no entanto, as perguntas não são elaboradas objetivando respostas puramente afirmativas ou negativas, o que se pretende alcançar é interação, flexibilidade e reflexão.

As entrevistas foram realizadas individualmente, no próprio local de trabalho dos respectivos profissionais, com duração necessária ao cumprimento de todos os itens do roteiro. A gravação das entrevistas foi realizada, após o consentimento dos entrevistados, sendo transcritas posteriormente obedecendo rigorosamente à estrutura das falas dos sujeitos, de modo a preservar a fidedignidade dos depoimentos. Foram efetuadas anotações sobre a aproximação ao campo e aos participantes, bem como o que o gravador não pôde captar, deixando a cargo dos olhos e da mente o importante registro dessas informações, como as expressões de silêncio e a linguagem corporal.

Implica a atividade de um pesquisador que observa pessoalmente e de maneira prolongada situações e comportamentos pelos quais se interessa, sem reduzir-se a conhecê-los somente por meio das categorias utilizadas por aqueles que vivem essas situações (CHAPOULIE, 1993, p. 585).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados provenientes das entrevistas foram transcritos e o conteúdo produzido foi analisado a partir da análise do discurso que tem por fundamento interpretar o

processo de produção e interpretação do discurso que é unificado através de um texto para fins de análise (MINAYO, 2007).

Como método de estudo, a análise de discurso teve o seu apogeu no final dos anos de 1960, com a convocação da totalidade dos enunciados de uma sociedade a se tornarem objeto de estudo, reconhecendo que o discurso diferencia-se da fala, não sendo apenas a transmissão de informação, nem o simples ato de dizer, ao contrário, o discurso evoca uma exterioridade à linguagem, ideológica e social (CARNEIRO, RODRIGUES, 2007). Nesse sentido, podemos afirmar que discurso não são a língua, nem texto, nem a fala, mas que necessita de elementos para ter uma existência material – implica uma exterioridade à língua – encontrados no social e envolve questões de natureza não estritamente linguística. Refere-se aqui aos aspectos sociais e ideológicos impregnados nas palavras quando elas são pronunciadas.

Uma das características deste tipo de análise é a preocupação com a “orientação da ação”, ou a orientação da função do discurso, que aqui é visto como uma prática social. A linguagem é tida como uma prática em si mesma com base em um contexto interpretativo, no qual os indivíduos estão inseridos e sobre o qual constroem diferentes discursos (BAUER; GASKELL, 2003). O argumento teórico desenvolvido parte do pressuposto de que “conhecer é dar sentido ao mundo” (SPINK, 1994, p. 160). Este conhecimento na ótica da produção dos sentidos implica no posicionamento perante os dados, a teoria e aos interlocutores (SPINK, 1994).

Como uma primeira exigência metodológica, temos a transcrição dos dados das entrevistas que foi feita de forma detalhada, não sintetizando a fala, ou corrigindo-a, devem-se registrar os dados de forma fidedigna, conservando a riqueza dos relatos, com base na ideia de que “muitas vezes, algumas das instituições analíticas mais iluminadoras aparecem durante a transcrição, porque é necessário um engajamento profundo com o material para produzir uma boa transcrição” (BAUER; GASKELL, 2003, p. 252).

Após a transcrição das entrevistas temos a evocação de um espírito da leitura aberta, no qual devemos questionar nossos próprios pressupostos e a maneira como damos sentido às coisas na construção de uma mentalidade analítica. Assim, é

possível realizar uma codificação dos dados, organizando as categorias de interesse o que permite o começo da análise como tal.

Desta forma não é difícil chegar à conclusão de que “o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, é o poder do qual nos queremos apoderar”, já diria Foucault (1999, p. 10). Nesta esfera da constituição dos saberes é possível visualizar melhor o esforço de produção de sentidos e a atividade criativa do sujeito no enfrentamento do mundo (SPINK, 1994). Tomar a palavra jamais representa um gesto ingênuo, pois sempre está ligado a relações de poder.

4.6 ASPÉCTOS ÉTICOS

Como toda pesquisa com seres humanos envolve um risco potencial, seja ele moral ou físico, torna-se fundamental a adoção de medidas que busquem resguardar os direitos e deveres tanto dos sujeitos da pesquisa quanto dos pesquisadores em situações que possam envolver eventuais conflitos éticos.

Desta forma, o estudo foi realizado com base na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 (Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos), do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CEP/CCS/UFES) sendo aprovado com o número de parecer: 363867 de 28/08/2013 (ANEXO A).

Cada sujeito do estudo foi devidamente esclarecido sobre a pesquisa e manifestaram a anuência da sua participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 TRABALHO DE CAMPO

A narrativa de vida refere-se à história tal como uma pessoa a conta, resultante de uma forma particular de entrevista, a entrevista narrativa, onde o sujeito é incitado a contar (BERTAUX, 1997).

Sobre a natureza da entrevista é fundamental destacar que “da qualidade do vínculo vai depender a qualidade da entrevista” (BOSI, 2003 p. 60). Este contexto ressalta Bosi, envolve uma responsabilidade pelo outro e assim uma dimensão ética e ao mesmo tempo representa a participação em “uma aventura comum”: “Se não fosse assim, a entrevista teria algo semelhante ao fenômeno da mais-valia, uma apropriação indébita do tempo e do fôlego do outro” (BOSI, 2003).

Os contatos com os entrevistados foram realizados por mim através de ligação telefônica. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho e sem interrupção, registradas por gravação e realizadas ao longo de um período de dois meses - entre junho e julho de 2014.

Foram realizadas três entrevistas. Quanto à duração, a entrevista mais curta foi de vinte e um minutos e trinta e dois segundos e a mais longa de cinquenta e um minutos e trinta segundos.

O tempo de duração da entrevista pautou-se pela disponibilidade do entrevistado. Estabeleci como um tempo razoável de duração cerca de meia hora. Em alguns casos foi necessário o estímulo através de maior número de perguntas. Em outros, o próprio entrevistado, a partir das observações iniciais, conduziu-se mais livremente.

Os encontros para entrevista fluíram tranquilamente e ocorreram apenas duas remarcações com dois gestores em função de compromissos de última hora.

Previamente ao início da entrevista, procurei definir um “acordo” que esclarecesse o mais possível o objeto da pesquisa, os recortes temáticos adotados, suas pretensões como também acordar e esclarecer a forma de organização do trabalho, sua duração presumível, e o registro por gravação. Antes do início da entrevista o termo de consentimento livre e esclarecido era lido e assinado e uma cópia permanecia com entrevistado.

O uso do gravador permite aumentar o poder de registro, com o acesso permanente ao viva-voz. Permite ter acesso às pausas, manifestações da entonação de voz, e assim uma melhor compreensão da narrativa. Em nenhuma entrevista houve problema na gravação, todas foram perfeitamente compreendidas e preservadas.

Optei por não apresentar a transcrição completa dos depoimentos e sim fragmentos, curtos ou mesmo longos, que fossem significativos para o objeto de minha pesquisa.

Ainda no âmbito dos procedimentos de pesquisa deve ser informado que o nome de todos os gestores mencionados foi substituído por letras – A, B e C –, procurando-se deste modo garantir o anonimato dos entrevistados.

5.2 O PROCESSO DAS ENTREVISTAS

Já havia um conhecimento prévio dos três entrevistados, pois de alguma forma, em um município pequeno e também exercendo o cargo de enfermeira de ESF durante sete anos o contato profissional era inevitável. Penso ter sido este um elemento facilitador, pois todas as entrevistas ocorreram num clima amistoso e tranquilo ao lado do reconhecimento por parte de alguns, da importância das entrevistas como oportunidade de reflexão. Por outro lado, é possível apontar um aspecto limitador, pelo fato de possuir conhecimento da realidade do município e dos entrevistados, o que poderia causar certo constrangimento aos mesmos e omissão de certos aspectos em análise.

“[...] falei pra caramba (risos). É bom até pra refletir nos nossos avanços, temos feito muita coisa [...]” (Gestor B).

As entrevistas se desenvolveram em torno de duas linhas, ou seja, a trajetória profissional e a prática de gestão atual. Iniciamos pela história profissional, tratando então a trajetória a partir da graduação e neste contexto, surgiram eventos e situações relativas às primeiras experiências profissionais e ao ingresso nos serviços de saúde. Procurei compreender especialmente as passagens que se fizeram presente entre a assistência e a gestão, os processos que os levaram ocupar a função de gestor, e particularmente, a serem designados para o cargo atual. No âmbito da história profissional foram ainda exploradas as experiências em cargo de gestão anteriores, nos casos específicos.

Quanto à prática de gestão atual procurei considerar o âmbito da ação, a abrangência, os focos do trabalho na gestão a visão do que é gestão e o seu modo de funcionamento.

5.3 BREVE APRESENTAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

Foram entrevistados três gestores, dois do sexo feminino e um do sexo masculino. Considerando a profissão exercida pelos gestores, todos possuíam formação superior na área da saúde: farmacêutico, enfermeiro e cirurgião-dentista. Quanto à faixa etária possuíam idades entre 30 e 43 anos, em média sete anos de trabalho na área de Atenção Primária, apresentavam faixa salarial acima de cinco salários mínimos e carga horária, no trabalho em questão, de 40 horas semanais cada. Dos três gestores entrevistados, dois já haviam exercido cargo de gestor em outros municípios. A seguir, uma breve síntese do percurso de cada um.

O gestor A graduou-se em 2007 em Enfermagem. Assumiu o cargo de gestão em Itapemirim há um ano e cinco meses. Iniciou sua carreira neste mesmo município como Coordenadora de um programa específico no âmbito da atenção primária, mantendo-se neste cargo por aproximadamente três meses, após assumiu outra coordenação, ficando mais três meses e, após experiência positiva neste cargo foi convidada a assumir o cargo atual. Em 2008 realizou o curso de Especialização em Saúde Coletiva com Ênfase em Saúde da Família e em 2010, Especialização em Gestão em Políticas Públicas de Saúde. Após seu ingresso no município, através de indicação política e análise de currículo, com vínculo de trabalho comissionado, a mesma realizou apenas um curso oferecido pelo estado, de Gestão de Equipes.

O gestor B formou-se no ano 2000 em Farmácia. Sua área de interesse sempre foi a Saúde Pública e, deste sua formação, trabalhou por um ano na prefeitura de um município vizinho por intermédio de um contrato e, fez concurso na mesma localidade, permanecendo neste município por mais dois anos. Nestes últimos dois anos passou pela experiência de assumir cargo de gestão municipal.

Neste período realizou especializações relacionadas à área da saúde, como Especialização em Estratégia Saúde da Família e em Saúde Pública. Em 2013, por meio de indicação política e análise de currículo, a mesma assumiu cargo em um setor da Atenção Primária já no município de Itapemirim, mantendo-se neste cargo

por um período de seis meses. Assumiu o cargo atual após exoneração do servidor anterior, por intermédio e convite do Prefeito e Secretário de Saúde municipal. Mantém-se neste quadro há um ano e cinco meses; e, desde sua posse, fez um curso de Gestão de Pessoas, oferecido pelo Estado.

O gestor C tem uma experiência de tempo maior em cargo de gestão. Formou-se em Odontologia em 1996 em e relata que, desde o início de sua vida profissional teve interesse em trabalhar com o SUS. Fez dois cursos de especialização, um específico de sua formação e outro em Saúde Pública. Começou a trabalhar em Unidade de Saúde na Prefeitura de dois municípios vizinho e de Itapemirim. Fez concurso público, onde passou a assumir cargo de estatutário nesses dois municípios vizinhos e pediu exoneração em Itapemirim. De acordo com o entrevistado, a experiência na ponta o levou a cargos de gestão. Assumiu cargo de Coordenação em um desses municípios. Neste município permaneceu durante quatro anos como coordenador. Foi convidado a assumir, no outro município, como coordenador e assim ficou durante dois anos. Após experiências positivas no cargo de coordenador, aceitou o convite de assumir como Secretário Municipal de Saúde. Há um ano e seis meses, foi convidado pelo Atual Prefeito de Itapemirim, para assumir, como cargo comissionado, o cargo que está atualmente, como gestor.

5.4 VIVÊNCIAS E CAMINHOS PROFISSIONAIS: A PRÁTICA PROFISSIONAL E OS PROCESSOS QUE LEVARAM À FUNÇÃO DE GESTOR.

No início de carreira, encontramos nas histórias profissionais, os entrevistados buscando se inserir no mercado de trabalho, realizando cursos, especializações e conquistando os primeiros vínculos empregatícios. Em alguns casos, de forma minoritária, encontra-se também a prática privada:

“Comecei atuando como coordenadora do programa [...], e como coordenadora [...] e após fui convidada para o cargo atual.” (Gestor A).

“[...] Mas, antes mesmo de trabalhar no SUS já busquei realizar cursos relacionados, como a Especialização em Saúde da Família, foi antes de me inserir no mercado de trabalho, foi uma área que me interessei desde a época da faculdade” (Gestor A).

“Eu comecei não foi o cargo de gestão inicialmente e depois de três meses de trabalho eu fui convidada para o cargo.” (Gestor B).

“[...] desde que me formei já fui para a área da Atenção Primária e, com isso, fui realizando cursos afins. A especialização em Saúde Pública ajudou

“muito a compreensão do SUS na teoria, a prática foi no dia -a- dia de trabalho.” (Gestor A).

“Formei em 1996. Comecei a trabalhar [...] nas Prefeituras [...], Itapemirim e [...], na época. [...] Durante esse período eu fiz alguns cursos de atualização e aperfeiçoamento: [...], Saúde da Família. Atuando na ponta acabei sendo levado à parte da gestão, através da coordenação.” (Gestor C).

“[...] também trabalhei em setor privado, mas o SUS sempre foi meu maior interesse. [...] Posteriormente eu pedi licença no município [...], ficando só em como Coordenador e depois fui ser Secretário Municipal de Saúde durante um ano e meio até o ano de 2012. Em 2013 eu assumi em Itapemirim, como gestor.” (Gestor C).

A inserção da grande parte das entrevistadas no Programa de Saúde da Família traduz a posição central que ocupa este programa como modelo de atenção à saúde. Durante a década de 1990, o Ministério da Saúde fortaleceu as ações de caráter preventivo com investimentos em programas de ações básicas como parte da estratégia de reorganização do próprio modelo de atenção, especialmente à promoção à saúde.

A formulação do Programa de Saúde da Família foi estimulada por estes antecedentes e se materializou com a Portaria MS nº 692, de dezembro de 1993. Desde sua origem foi concebido como um programa especial vinculado ao modelo sanitário e posteriormente redefinido como uma estratégia de mudança do modelo assistencial. Embora rotulado como programa fugisse à concepção usual dos demais programas do Ministério da Saúde, já que não seria uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Era caracterizado como estratégia que possibilitaria a integração e promoveria a organização das atividades em um território definido. Prometia trabalhar na perspectiva da vigilância em saúde, devendo ser entendido como substitutivo da rede básica tradicional e como prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitude.

“O Saúde da Família tem uma lógica diferenciada, tem salário diferenciado, tem investimento diferenciado, então isso, gera um desafio com as outras pessoas que não trabalham com a Saúde da Família.” (Gestor C).

“Durante a faculdade eu tive uma experiência teórica grande com a Saúde da Família, por que eu via como uma possibilidade de trabalho.” (Gestor C).

Interessante notar que todos os entrevistados experimentam a Estratégia de Saúde da Família como prática profissional. Apenas o Gestor C, diferenciando-se dos demais entrevistados, apresenta uma prática profissional em grande parte voltada à prática gerencial.

“Sempre gostei de trabalhar na ponta, mas acabei, por falta de gestores e por ter algum conhecimento dentro do SUS, fui indo para esse lado, acabei gostando, e a situação do dia a dia foi me levando ao cargo que estou hoje.” (Gestor C).

“[...] estou há aproximadamente cinco anos na gerência. Trabalhei por um período pequeno na assistência no SUS” (Gestor C).

“[...] e o Saúde da Família te coloca na gerência.” (Gestor C).

A Política Nacional de Humanização (Brasil, 2006, 2004) propõe uma mudança dos modelos de atenção e gestão fundados na racionalidade biomédica (fragmentados, hierarquizados, centrados na doença e no atendimento hospitalar). Ela se afirma como política pública de saúde com base em alguns princípios e dentre eles a inseparabilidade entre clínica e política, o que implica a inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde.

O gestor C, em seu relato, faz uma separação entre gestão e cuidado, tomando como ideia uma lógica de trabalho que sustenta a dissociação entre os que pensam – denominados de técnicos pelo mesmo – e os que fazem entre os que planejam e os que executam entre os que gestam e os que cuidam; o que de fato não se consolida, essa dissociação não existe no setor saúde; nesses casos é possível considerar um desconhecimento a respeito da PNH, não conseguindo observar essa verdadeira indissociação.

A PNH adota, ao contrário disso, como princípio a indissociabilidade entre atenção e gestão (Brasil, 2006), a proposta seria contribuir com o modo de discutir e construir, no coletivo, estratégias para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços, entendidos como indissociáveis dos modos como esses são geridos.

Sobre os caminhos que levaram à gestão, percebemos nas histórias dos entrevistados dois tipos de percursos profissionais prévios ao exercício da função de gestão. Alguns cursos superiores na área da saúde incluem a prática de gestão desde a graduação, porém existem outros cursos que pouco inclui conteúdos relativos à organização dos serviços de saúde nem questões de gestão em sua grade curricular; e, no caso dos entrevistados, existia essa diferenciação: apenas um deles havia tido conteúdo específico relacionado à gestão.

“[...] pela análise do meu currículo e pelo meu interesse e esforço junto a [...], recebi o convite só Secretário de Saúde a assumir a [...], na verdade isso foi um desafio para mim, era uma área que eu não tinha experiência.” (Gestor A).

De todo modo, a contingência marca essas trajetórias que se desenrolam em um contexto em que não existe carreira, nem qualquer exigência quanto à formação de gestor, somando-se ainda a grande desestruturação do próprio sistema de saúde.

Deve-se registrar que antes de ser gestor, dois dos entrevistados haviam realizado algum curso na área de gestão, porém o Gestor B cita que assumiu o cargo “por acaso”.

Na maioria dos relatos, e de certo modo, me parece interessante, fica a ideia de que o desejo do desafio, somado a contato político (indicação, conhecimento pessoal), mais do que a qualificação prévia, leva essas pessoas aos cargos. Há um reconhecimento que o percurso, na maioria dos casos, meio errático (urgências, circunstâncias adversas) e o envolvimento determinam o exercício da função.

“Eu comecei não foi o cargo de gestão inicialmente e depois de três meses de trabalho eu fui convidada para o cargo. Então foi mais a questão de ter faltado a pessoa que estava que precisou sair, e aí como eu já tinha demonstrado algumas qualidades inerentes ao cargo e já tinha trabalhado em outro município com o cargo eu fui convidada para estar nesse cargo.” (Gestor B).

Alguns depoimentos são emblemáticos na capacidade de expressão das contingências, das situações que vão deslocando esses profissionais da assistência em direção a cargos gerenciais. Demonstrando compromisso, tornam-se, cada vez mais, candidatos “naturais” a cargos gerenciais que envolvem maior complexidade. Em muitos casos, passam a serem gestores, aonde quer que estejam, assumindo esse “cargo” em contextos, municípios, situações políticas diferentes.

Há uma mudança de espaço que implica mudanças de perspectiva e de olhar. Assim, ao longo da história dessas dirigentes encontram-se muitas mudanças de lugar e na natureza das práticas profissionais.

“Hoje eu aprendi a gostar de trabalhar como gestor, porque como gestor você consegue atingir um número maior de pessoas, pra ajudar, pra poder ter as ações. Então, dentro do que eu vejo hoje a minha concepção, é que dentro da experiência que eu tenho hoje, 17 anos de SUS, por ter sido usuário do SUS, por ter sido profissional do SUS, hoje estar na gestão me dá uma bagagem boa pra poder trabalhar no dia a dia.” (Gestor C).

“Mas eu acho que a gente consegue, até com as pessoas que são mais incrédulas, são aquelas que de início não acreditavam no trabalho, com o trabalho você consegue modificar todo mundo. As pessoas conseguem te enxergar diferente em relação a isso. Quando você faz, tem um trabalho pra desenvolver pra melhoria do trabalho de todos, eu acho que eles reconhecem. No início eu ficava preocupada porque a minha formação não é uma formação acadêmica, que geralmente você encontra como gestora. [...] Mas isso não é o limitador. O limitador é como você vai conseguir gerir,

como que você vai conseguir levar isso adiante. Então eu acho que o mais importante, independente do cargo, da formação da pessoa, é como que você faz isso fluir nas suas equipes.” (Gestor B).

“[...] mas quando você está na gestão parece que você consegue ampliar suas ações [...] mas se você consegue fazer um trabalho bom, a sensação que eu tenho é que ele está ampliado e pode chegar ao município todo.” (Gestor A).

“Aqui eu [na gestão] me sinto mais participativa das coisas eu me sinto planejando executando e vendo aquilo acontecer e aparecer em outros lugares.” (Gestor A).

Concluindo a análise dos caminhos de prática profissional e dos processos que levaram à designação para experiência na função de gestão. Percebe-se que o acesso à gestão, no âmbito dos entrevistados, não seguiu uma regra de entrada, e que alguns dos gestores não foram indicados por critérios técnicos, apesar de terem especializações relativas ao cargo em que estão. Observa-se, também, que o tempo de cargo de dois dos gestores no município está relacionado ao momento político atual – troca de prefeito – e, com isso, podemos considerar outra questão importante: o gestor em um território provisório.

Nos relatos de experiências anteriores, os depoimentos mostram um tipo de vivência relativa ao processo de saída da função de gestão. Os processos ora envolveram exoneração, ora são determinados por crises, mudança de gestão – prefeito. De todo modo, observando os percursos destes gestores parece dominante nas passagens de um local ao outro, a ideia de que não tem raízes, não tem um lugar para voltar, tendo que cumprir novas missões.

Compreende-se que as entradas e saídas do cargo evidenciam as influências e relações de poder que atravessam a gestão pública. Expressam o poder externo a que estão submetidos e que se manifestam em nomeações e exonerações. A gestão pública mostra-se atravessada por interferências políticas, pelas relações pessoais, pela proximidade a Secretários, pelo reconhecimento interno, expressando, enfim, o sistema de influências presentes.

“É difícil ter gestão hoje, na maioria dos municípios, porque as pessoas são comissionadas, indicação política, então isso dificulta um pouco.” (Gestor C).

Novamente cabe ressaltar que o espaço da política é imenso e, em alguns casos, é tão ou mais importante do que o espaço da técnica e da prática profissionalizada.

“E na gestão você, como gestor, tem que ter uma parte política e tem que ter uma parte técnica, tem que saber juntar as duas.” (Gestor C).

De todo modo, torna-se fundamental realçar a complexidade da gestão de uma unidade pública de saúde, evidenciada nos depoimentos, retratando mais que histórias pessoais, as possibilidades de enfrentamento de uma situação crítica. Os entrevistados expressam assim, possibilidades político- institucionais de exercício da gestão.

Portanto, sobre caminhos percorridos para o cargo de gestão, no contexto do município em estudo, verificou-se que não segue uma regra – caminhos através de indicação política, experiência e conhecimento técnico, análise de currículo, perfil profissional – e que critérios técnicos nem sempre são critérios para o exercício do cargo. A interferência política também é um fator a considerar quando classificamos o gestor em território provisório. É possível que estes gestores, em pouco tempo, não estejam mais em seus postos; e este percurso é verificado pela presença forte da política. Outro ponto a destacar é o caminho natural que estes gestores podem levar com a experiência em gestão – uma vez gestor, passam a assumir a função de gestor onde quer que estejam, onde a política pode o levar.

5.5 A CONCEPÇÃO DE GESTÃO E DO SER GESTOR

O trabalho de gestão, na concepção tratada aqui, é acima de tudo, como visto anteriormente, um “trabalho vivo em ato”, sendo caracterizado como um trabalho entre sujeitos.

Embora ao longo de toda a análise que vem sendo realizada essa concepção do trabalho de gestão se faça presente, será particularmente enfocada neste momento. Será considerada, por um lado, como um foco do trabalho dos gestores aqui analisados, fruto da explicitação pelos entrevistados, de uma dimensão “interativa” ou “interpessoal” deste trabalho que se realiza com o outro – da equipe de gestão ou com o profissional. Em alguns dos depoimentos é reconhecida a dimensão humana do processo organizacional – realçada tanto através dos conflitos de interesse e, portanto, na esfera da política, quanto pelo aspecto afetivo. A dimensão interativa no trabalho na gestão tem expressão nos processos que levam à construção de acordos, enfrentamento de conflitos e de hostilidade, no uso da autoridade, na busca

do convencimento, na interlocução, negociação, na construção de relações de confiança.

Esta pesquisa procurou compreender e analisar os processos que emergem nas entrevistas como expressão de processos grupais e inconscientes postos em movimento no cenário da função de gestão. Sobre as concepções de gestão:

“Creio que gestão seja a liderança exercida de forma organizada e como fonte de coalisão da equipe, nunca como forma ditatorial onde somente um manda e os outros obedecem. O gestor deve mobilizar e comprometer seus funcionários na organização e produção dos serviços.” (Gestor A).

“Eu entendo que gestão é você conseguir utilizar meios para desenvolver bem o trabalho, não é você liderar só pessoas [...] Pra mim a gestão pública é muito maior, pra você conseguir gerir as pessoas, mas tentando fazer com que melhorem sempre o trabalho. Então e você consegui extrair o melhor das pessoas [...]”. (Gestor B)

“A gestão ela tem que ser descentralizada [...]. Você tem que ter técnicos; você tem que ter todos os programas em desenvolvimento com pessoas que lidam no dia-a-dia e que tem o conhecimento técnico específico do serviço que estão fazendo.” (Gestor C).

“E na gestão, [...], você tem que dar condições de trabalho, estrutura física, para as pessoas poderem desenvolver da melhor forma possível o trabalho delas; você tem que dar condições salariais, porque o individuo necessita e sobrevive daquele salário, então precisa estar em condições de estar no seu trabalho de forma tranquila, estar recebendo um salario digno de sua profissão [...]”. (Gestor C).

Compreender o sentido que perpassa essas concepções é também compreender a prática de gestão, o contexto em que está inserida a subjetividade de cada gestor, e o modo de operar suas ações cotidianas (SULTI, 2014), construída através de suas experiências pessoais, vivências no serviço de saúde, seja ele de forma assistencial ou em cargo de gestão. Essas ações são carregadas de necessidades, desejos e afetos de cada um, de forma que imprime um modo único de operar no cotidiano de trabalho.

Lima (2012) acrescenta ainda que,

existem diferenças entre o “gestar” e o “gerir”. Nas ações de gerir ficam entendidas as funções gerenciais que acondicionam, regulam, conduzem, regem um processo de trabalho. Pensar em “gestar” trabalhadores da saúde pode vir a representar a produção de novas formas de vida. Aí então o profissional deixa de ser concebido como “recurso humano” para ser pensado como um trabalhador da saúde, que não necessariamente precisa de um “supervisor” ou “inspetor” que venha a gerenciar o seu processo de trabalho, mas que entenda a saúde como um trabalho cooperante por natureza. (LIMA, 2012, p. 7)

Todos os entrevistados não pontuaram uma forma específica, com base em teorias fundamentadas, a respeito de seus conceitos de gestão. Entretanto, seguiu-se um pensamento único, no sentido da gestão “ser descentralizada” (Gestor C), de interesse coletivo, “nunca de forma ditatorial” (Gestor B), dando condições de trabalho e como “fonte de coalizão da equipe” (Gestor A).

Campos (2007) denomina essa forma de gestão como gestão compartilhada, ou cogestão. Cogestão é fazer o coletivo na gestão, é fazer com que existam espaços de compartilhamento das decisões. Este conceito ainda parte do princípio que as lógicas que definem o serviço sejam diferentes daqueles estruturados em linhas verticais de comando e hierarquização (CAMPOS, 2007). Falar em cogestão é considerar a construção de espaços coletivos, cujas funções perpassam por:

“Uma clássica, de administrar e planejar processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso; outra de caráter político, a cogestão como uma forma de alterar as relações de poder e construir a democracia em instituições; e ainda uma pedagógica e terapêutica. A capacidade que os processos de gestão têm de influir sobre a constituição de sujeitos” (CAMPOS, 2007, p.14).

Entretanto, buscando na base de documentos de relatório anual de gestão de 2013, ano em que a equipe entrevistada assumira o cargo de gestão, foi possível perceber que a Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Itapemirim é composta de forma vertical, por uma linha hierárquica e compartimentalizada, conforme fluxograma abaixo:

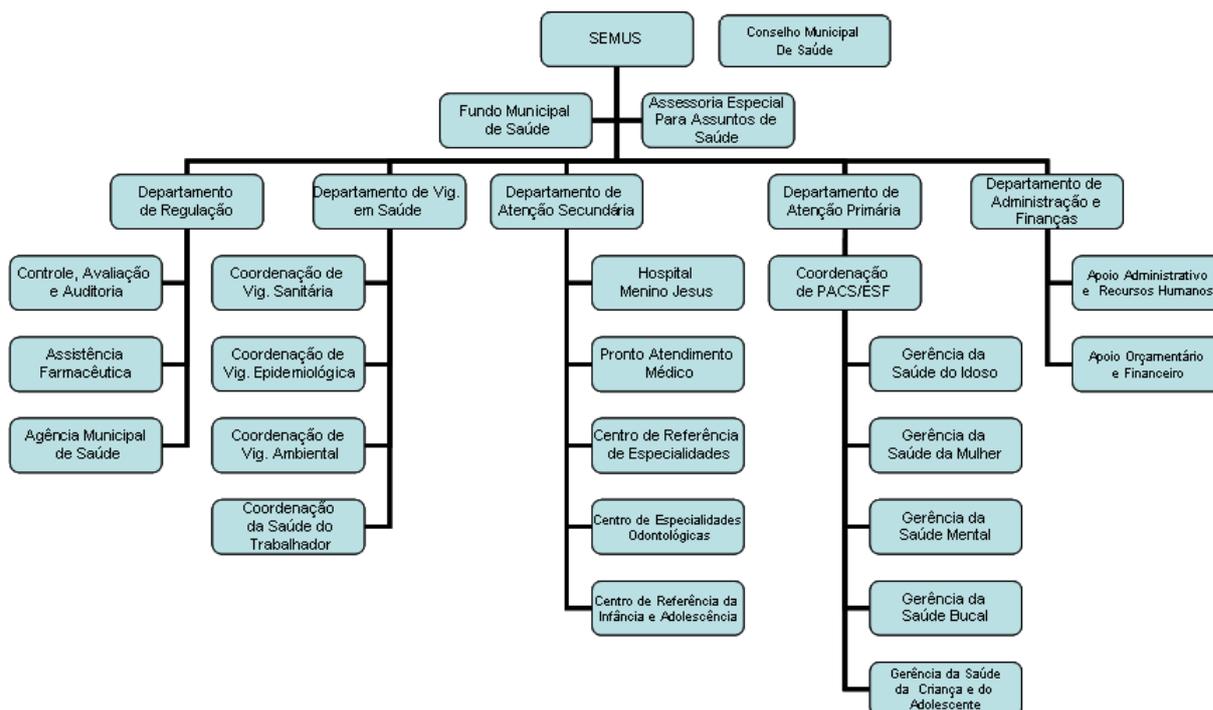


Figura 3. Estrutura Organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Itapemirim. RAG, 2013.

Assim, a operacionalização da cogestão deve ir além do espaço do gabinete do secretário de saúde; precisa estar presente no cotidiano dos serviços de saúde e chegar aos usuários. Guizardi e Cavalcanti (2010) complementam ainda, a cerca da cogestão:

Cogestão significa, então, compartilhamento de poder, constituição de uma rede em que os diferentes espaços convertem-se em instâncias de poder relativo, sujeitos a essas pressões, mas não inteiramente determinados por elas. Poderes parciais na medida em que é reconhecida e legitimada a exigência de considerar outros agrupamentos de interesse, outros projetos, coletivos e sujeitos. Desta forma, o conceito é particularmente fecundo por incidir diretamente na relação hierárquica que caracteriza historicamente a assistência à saúde, enfatizando a potencialidade produtiva e emancipatória da participação dos sujeitos, inclusive na definição das necessidades sociais a que os serviços, e em última instância, as políticas de saúde devem responder (GUIZARDI; CAVALCANTI, 2010, p. 1250).

Operar a gestão, conforme fluxograma do próprio município remete a uma visão do gestor como nível máximo, detentor do controle, das decisões, que são apenas repassadas aos níveis mais baixos, colocando o gestor como o centro, como o provedor (SULTI, 2014). Podemos encontrar na literatura esse tipo de gestão como Racionalidade Gerencial Hegemônica, responsável por imprimir uma forma de governar que tem como eixos a disciplina e o controle. Pauta-se na concentração de poder, comando e controle no interior das instituições, impedindo o exercício da autonomia por parte dos trabalhadores, de forma que há eliminação de qualquer

subjetividade na execução de tarefas (CAMPOS, 2007). Como consequência, observa-se que esse tipo de comportamento cria mecanismos que contribuem para garantir a produtividade, a forma de trabalhar e, dessa maneira, garantir o controle do processo de trabalho (LIMA, 2001).

O resultado dessa prática é a perda de autonomia dos profissionais de saúde e a perpetuação dos poderes instituídos pelas posições formais ocupadas pelos gestores.

Cabe, no momento, refletir a respeito do que se encontra em relatórios e a prática vivida pela equipe neste município. Ao perceber que, na fala, há um caminho único, fica evidente que existe uma tendência de mudança nessa forma de gestão. Em algumas falas, percebe-se uma postura mais democrática, com relação aos profissionais da ponta.

“Uma relação muito boa foi construída ao longo desse período, através da cooperação da equipe.” (Gestor A).

“O trabalho tem que ser coletivo e não individual.” (Gestor A).

“O principal trabalho cotidiano e o desenvolvimento dos programas e tá atento às unidades, necessidades das unidades em si.” (Gestor B).

“Então eu acho que o mais importante, independente do cargo, da formação da pessoa, é como que você faz isso fluir nas suas equipes (o gestor). É ouvir, é saber o que as pessoas também querem. Se não a gente chega muito, achando que sabe o que vai fazer, tem a solução pra tudo; e não é assim.” (Gestor B).

“Então nós temos três coordenadores que se comunicam diretamente comigo, o tempo todo, a gente está semanalmente conversando sobre os problemas da saúde e eles fazem reuniões com as equipes de estratégia, para saber os anseios, os problemas de cada unidade.” (Gestor C).

“Então sempre tento ouvir os três lados: o lado do usuário, o lado do profissional que está trabalhando e dos coordenadores que estão ajudando na gestão. Então, o entrosamento da equipe é nesse sentido.” (Gestor C).

Nessa análise foi possível encontrar certa dificuldade dos gestores em definir o conceito de gestão. Em todos os casos foram citadas características importantes do ser gestor – liderar com organização, gestão descentralizada – entretanto sem o conceito em si. Como definido no processo teórico deste estudo, o conceito de gestão ainda advém de um exercício de poder, porém não se deve ignorar que a gestão em saúde visa produzir a própria saúde e que para isso deve dispor de profissionais capazes de compreender os atos de saúde, compreender que o gestor, além de ter um alto grau de responsabilidade nesse processo é cuidador em

potencial, pois nunca deve esquecer de que para coordenar ações de cuidado deve-se primeiro saber cuidar. Dessa forma, podemos considerar a gestão de forma descentralizada e ao mesmo tempo detentora de certo controle, porém um controle consciente e responsável.

O fluxograma organizativo do município em questão demonstra uma gestão hierarquizada e repartida, o que também contradiz as falas dos entrevistados. Nessa análise constatei um ponto de partida à mudança na forma de gestão, se aproximando do modelo de Cogestão proposto por Campos (2007).

5.6 OS PROCESSOS DE PLANEJAMENTO DO GESTOR E AS CAIXAS DE FERRAMENTAS

A seguir são explorados os modos de funcionamento da gestão que se evidenciam nos relatos dos entrevistados.

A Secretaria Municipal de Saúde possui estruturas compartimentalizadas, as quais são designadas como Departamentos (Figura 3). No âmbito da atenção primária, existem ferramentas que servem de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde. Analisando as respostas coletadas em relação a ferramentas de planejamento, percebe-se unanimidade às escolhas pautadas nos programas do Ministério da Saúde, o que tem pontuado positivamente na visão dos gestores.

“Sempre quando pensamos em planejamento e ações das ESF, olhamos os parâmetros impostos pelo MS e os dados municipais.” (Gestor A).

“Eu já tinha alguma coisa prévia, que era o número de famílias visitadas e o número de acompanhadas, mas eu não sabia exatamente qual eram essas famílias que foram visitadas. Aí a gente construiu. Porque a gente viu que o número estava muito abaixo do que se imaginava, que o Ministério preconiza. E a gente viu a partir desses números, qual ação que a gente tinha que implantar.” (Gestor B).

“Os programas, que são instituídos pelo Ministério da Saúde, quando incluídos dentro da estratégia, eles chegam de forma mais rápida às pessoas, porque você tem uma regionalização, as áreas bem divididas, a territorialização, você tem o conhecimento da doença, dentro de cada local e você tem que ter estratégias diferentes.” (Gestor C).

Foi possível, também, encontrar em todas as falas, novas ferramentas de financiamento, avaliação e monitoramento em saúde que, no contexto do município, trouxeram avanços concretos na saúde deste.

“[...] Agora através dos indicadores COAP. Esse planejamento e sempre realizado consoante com o secretário de saúde, equipe do controle e

avaliação e coordenação da APS. Após implantação, essa avaliação passa a ser feita com as equipes de ESF, realizadoras das ações.” (Gestor A).

“Eu acho que hoje, posso falar assim, o PMAQ, o PECAPS vem pra poder dar esse incremento, esse incentivo da melhoria de acesso e da qualidade. Mas no município hoje o que eu tenho de mais efetivo são oriundos das regras do PMAQ, principalmente do PECAPS [...] Inclusive, uma das metas do PECAPS é justamente esse monitoramento que a gente tá fazendo sobre as visitas, famílias acompanhadas e visitadas, ai tem também essa regra do PECAPS e a gente já saiu na frente.” (Gestor B).

“O estado implantou o PECAPS, que é um programa de auxílio da atenção primária, um programa de investimento; ainda o valor é baixo, mas é a primeira vez que você tem recurso tripartite dentro da estratégia, que é o estado, governo federal e o município. Temos também o PMAQ, pela melhoria da qualidade da Atenção Primária que é um facilitador.” (Gestor C).

“Os programas de saúde ajudam a melhoria da atenção primária. Por exemplo, a gente tem o PSE – Programa de Saúde na Escola. Se você o trata só como um programa isolado, e você não o coloca dentro da atenção primária, dentro da estratégia, com o trabalho junto da comunidade, você não consegue enriquecer esse programa, esse programa não pode ficar isolado. Porque a ESF, a atenção primária é a porta de entrada do indivíduo no sistema. A gente tem que se direcionar pelo o que a gente vê na atenção primária, o que a gente vê na estratégia; isso nos fornece subsídios com mais coerência nas atitudes que a gente toma.” (Gestor C).

Nesse contexto e, pelos avanços no modelo de planejamento das ações de saúde, os entrevistados consideram que o processo de troca entre gestores-profissionais-usuários tem sido bem desempenhado no cotidiano de suas funções. Nas falas abaixo, são evidenciados esses avanços.

“Uma relação muito boa foi construída ao longo desse período, através da cooperação da equipe [...], pois nesse período foi possível melhorar indicadores e principalmente o nível organizacional das ESF.” (Gestor A).

“Ano passado a gente tinha um problema dos nossos óbitos ainda estarem muito altos; então a gente viu e pensou no kit bebê melhorar o incentivo e isso junto com a coordenação; nunca é uma ação do Secretário ou uma ação minha, é uma ação sentada e pensada em conjunto. Programar, deixar estabelecidas as sete consultas de pré-natal pra ganhar o kit, acabar com o fazer o pré-natal no hospital direto, essa gestante tem que ser vinculada à unidade de saúde. Então a gente tenta sempre incorporar o coordenador do programa pra esse planejamento das ações e efetivar essas ações posteriormente.” (Gestor B).

“[...] temos hoje o PECAPS funcionando no município com repasse integral; nós vamos agora pro segundo termo, segundo ano de adesão, e a gente tem novamente o repasse de 100%, que atingimos todas as metas. Agora... e mais um recurso que ainda nem foi utilizado, eu mantenho ele em caixa. Em relação aos recursos federais, a gente tem o recurso do PMAQ que começou a chegar agora, das quatro primeiras equipes que foram cadastradas, vamos ampliar agora o numero pra sete equipes cadastradas. O recurso do PECAPS é estadual, não é federal; e a contrapartida do município. Então hoje, em relação a recurso publico, pra financiamento da APS, a gente vive um momento impar, diferente até de outros anos.” (Gestor B).

“Hoje a relação nossa com as equipes são boas, a gente tem um contato bom de convívio, de diálogo. A gente conseguiu, dentro de algumas melhorias que a gente trouxe à equipe, incentivar mais os profissionais a trabalhar, isso nos leva também a poder cobrar mais. A gente tem tido bom contato.” (Gestor C).

“Nós tivemos 87% de redução das doenças gastrointestinais investindo na vigilância sanitária; questão das maioneses acondicionamento de alimento. [...] Então, são essas ações mesmo, de promoção à saúde que a gente vê que consegue integrar a unidade, a população e os profissionais a seguir um nível de saúde adequada, de qualidade.” (Gestor C).

Portanto, percebe-se, quanto às ferramentas de planejamento para a gestão e equipes, que sua utilização é fundamental para indicadores de avaliação do próprio processo de gestão. Reconhecido pelas entrevistadas como importante ferramenta gerencial – encontrada em trechos sobre melhoria de indicadores a partir da equipe de gestão – por vezes tratada no âmbito de um processo de programação/planejamento, indicadores, planilhas de avaliação mostram-se, no plano do discurso dos gestores como um caminho para a gestão.

Talvez possamos compreender o emprego dos indicadores de avaliação como um ponto de contato, um apoio ou como uma transição entre o mundo da assistência e da gestão, entre quem faz, ou organiza o fazer, e a gestão que se encontra num plano mais distante, atravessada pela preocupação e responsabilidade com o desempenho. Assim, parece funcionar como uma base para a cobrança e controle, mas também como caminho de diálogo sobre o funcionamento dos serviços, seus desafios, suas dificuldades. O desenvolvimento de um sistema de avaliação, por outro lado, é uma metáfora do ideal de gestão profissionalizada, representando a força da mensuração e do quantitativo na gestão. A partir do olhar do planejamento estratégico e particularmente de Carlos Matus (2000) a avaliação e especificamente os indicadores, representariam a preocupação com a prestação de contas quanto ao trabalho realizado, funcionando como uma estratégia de busca de um aumento do nível de responsabilidade institucional para com os seus resultados.

De acordo com Franco e Merhy (2013), os gestores acreditam que ditar normas, seguir protocolos e prescrever o trabalho dos profissionais é suficiente para garantir que o cuidado se realize, entretanto, “isto apenas forma trabalhadores serializados, que vão repetir velhas práticas” (FRANCO; MERHY, 2013, p. 247), sem contar que diversos programas são impostos em âmbito nacional para o âmbito da

descentralização municipal – como trabalhar com uma individualidade regionalizada imposta? Eis outro desafio a se pensar.

Os trabalhadores são em geral equiparados a um insumo para o funcionamento dos serviços de saúde, quando na verdade ele é o maior protagonista da produção do cuidado, é sujeito ativo que opera com seus saberes, é desejante, tem projetos, expectativas e atua no mundo do trabalho e do cuidado com suas caixas de ferramenta adquiridas na formação e, sobretudo, na experimentação do mundo do trabalho e da vida, e isto é que vai marcando sua atividade (FRANCO; MERHY, 2013, p. 250). Além disso, o processo de trabalho desses profissionais vai além da repetição de técnicas, ou seja, é um espaço em que há projetos pessoais dos envolvidos, dessa forma, os trabalhadores precisam estar envolvidos e comprometidos com a gestão, no sentido de produzirem o agir cotidiano de acordo com os projetos pessoais, da instituição e que dê conta das necessidades dos usuários (LIMA, 2005).

O processo de trabalho destes gestores é fortemente marcado pela divisão e compartimentalização. Esta divisão do trabalho reafirma a diferença de poder, ou seja, os gestores que possuem cargos mais altos decidem e planejam para quem vai executar as ações. Com isso, há claro uso do controle e da disciplina o que acarreta aprisionamento da vontade e da criatividade da maior parte dos trabalhadores, corroborando com o fato de que os trabalhadores são considerados como mais um recurso para a instituição (CAMPOS, 2007).

“Após implantação (das ferramentas pelos gestores), essa avaliação passa a ser feita com as equipes de ESF, realizadoras das ações.” (Gestor A).

“Olha, a avaliação na construção de algumas ações, em sentar com a equipe pra gente definir o que iríamos fazer em nível de Coordenação de Programas de Saúde. Enquanto enfermeiras coordenadoras das unidades, pra gente definir o que cada unidade poderia tá fazendo.” (Gestor B).

Nessa análise, foi importante observar que os próprios gestores seguem uma determinada hierarquia que dificulta no processo de trabalho. São controlados e vigiados de forma que o trabalho segue uma linha de mando posta. Reconhecem a dificuldade em trabalhar de forma burocratizada, por parâmetros impostos, metas, resultados alcançados.

Entretanto, é possível observar, na maioria das falas, a preocupação de mudança desse modelo de gestão – apesar de reconhecerem que o modelo médico

hegemônico é um fator dificultador para essas mudanças – buscando trabalhar de forma compartilhada e colocando um alto grau de importância no trabalho em equipe, conforme será discutido a seguir.

5.7 OS PROCESSOS INTERCESSORES: O TRABALHO EM EQUIPE

“As especificidades do trabalho em saúde demarcam um campo específico das práticas, sendo que estas se desenvolvem em um espaço de encontro e de intervenção denominado de espaço intercessor, enquanto espaço onde se processa a produção de ações de saúde e onde cada trabalhador potencialmente pode decidir coisas, ou seja, exerce certo autogoverno” (MERHY, 1997, p. 71).

A operação cotidiana desse autogoverno, do estabelecimento de espaços intercessores na produção de atos de saúde se dá através do "trabalho vivo em ato" aquele que ocorre no momento mesmo em que ele se realiza no imediato fazer da produção do serviço. A mudança assistencial dar-se-ia a partir da reorganização do processo de trabalho estruturado na ação multiprofissional.

E aí se dá o ponto-chave da entrevista: a interação com a equipe. Em todas as falas, surge uma preocupação grande com as equipes, com a melhoria das condições de trabalho, com o contato constante, com o vínculo. Nas falas a seguir é evidente a afirmativa.

“Acho que o mais importante é sempre ter em mente que gestão além de ser comprometimento como equipe, passa também pela visão global e estratégica da saúde pública. Temos que estar atentos ao que acontece em nossas ESF e também sempre procurando o que, e como fazer para melhorar sempre.” (Gestor A).

“Hoje a relação nossa com as equipes é boa, a gente tem um contato bom de convívio, de diálogo. A gente conseguiu, dentro de algumas melhorias que a gente trouxe à equipe, incentivar mais os profissionais a trabalhar [...]. A gente tem tido bom contato.” (Gestor C).

“Mas a questão é que a maior dificuldade era puxar todo mundo pra trabalhar junto e foi feito.” (Gestor B).

“A gente tenta manter esse fluxo até pra poder interagir diretamente com os coordenadores de unidade, eles estarem próximos, inseridos no cotidiano de suas Unidades respectivas, pra não ser só aquela história assim: só vai ao dia da reunião; não, ele tá ativo dentro dessas unidades.” (Gestor B).

Na fala do Gestor C também é possível identificar a participação da equipe para definição de prioridades e resolução de problemas e a busca pela construção da autonomia nos profissionais. A seguir os fragmentos desse relato:

“Quando assumimos a gestão, uma das coisas que a gente fez foi chamar todos os coordenadores de setores e vários profissionais e apresentar para eles todos os projetos, programas, as leis que regem os SUS e que estão na estratégia, os projetos que nós poderíamos programar e que tinham no município e nós podíamos complementar. Dentro disso a gente divide tarefas. Cada estratégia, cada unidade, cada profissional que ta compondo a gestão. Ele tem sua tarefa, dentro de cada planejamento. A gente dá total liberdade, para que, dentro da lei e dentro do orçamento e das diretrizes que nós temos nas ações anuais de saúde, os profissionais possam estar implementando ações de saúde voltadas a população. [...] A gente consegue chegar aos profissionais e orientar, buscar soluções; [...]. A gente está sempre no diálogo, sempre tentando conversar, entender por cada região de saúde, cada unidade, o problema específico daquele local. A gente dá muita liberdade desse contato, muita liberdade dos coordenadores de propor as ações, até de propor ações diferentes para certa unidade ou outra, de acordo com o que o usuário também se identifica. O nosso convívio hoje na gestão é de uma forma descentralizada, de forma a ouvir todos e tomar sempre as melhores decisões compondo com toda a equipe. Toda a nossa programação anual de saúde, nosso PPA foi montado por todos os coordenadores juntos, de todos os setores da saúde mais alguns profissionais convidados.” (Gestor C).

É dominante nos depoimentos a ênfase no trabalho junto às pessoas, reconhecendo-o como condição fundamental para que, de fato, a unidade funcione. A liberdade, criatividade e autonomia no processo de trabalho dos profissionais de saúde foram vista pelos sujeitos como uma possibilidade para o modelo de gestão baseado no “improvisado” (LIMA, 2012).

Esse é um movimento presente nos cotidianos dos serviços de saúde, que pode nos induzir a um processo de improvisação que tanto pode nos levar a produzir potência de morte, quanto o seu reverso; a criatividade e a liberdade criativa como potência de vida. (LIMA, 2012, p. 13)

Os serviços de saúde, então, são uma arena em que diversos atores, que se produzem micropoliticamente e tem intencionalidades em suas ações, disputam o sentido geral do trabalho. Atuam fazendo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios povoados de ação, dotadas de liberdade e criatividade, e o processo público de trabalho. O cotidiano, portanto, tem múltiplas faces e está em permanente produção (FEUERWERKER, 2014).

Os gestores (federais, estaduais e municipais do SUS e também os das operadoras de saúde suplementar) cumprem um papel decisivo na conformação das praticas de saúde por meio das políticas, dos mecanismos de financiamento, das condições materiais e de práticas de trabalho oferecidas aos trabalhadores para sua ação etc., mas não governam sozinhos.

Apesar de haver uma direção – a do gestor, a quem compete governar – na verdade todos governam: gestores, trabalhadores e usuários. Matus (1987), desde o

planejamento estratégico, já chamava atenção para o fato de que todos planejam (e governam), apesar de contarem com recursos de poder e governabilidade distintos.

Importante dizer, que do mesmo modo como ocorre com trabalhadores e usuários, os gestores em suas diferentes esferas de atuação são atravessados também por uma multiplicidade de planos, linhas, vetores, potencializados por alguns encontros, despotencializados por outros. A política, nos espaços de governo, também é fabricada micropoliticamente. E também é atravessada molaramente e molecularmente por diferentes linhas (FEUERWERKER, 2014).

Feuerwerker (2014, p. 68) cita, ainda, que “a gestão é compartilhada na prática”. Essa forma de condução de processos se repete para todos os níveis de produção, é social e subjetivamente determinada e vai configurando essa micropolítica, que é entendida como o agir cotidiano dos sujeitos, na relação entre si e no cenário em que eles se encontram (FRANCO, 2006).

No município de estudo, é possível observar que as experiências destes gestores indicam o quanto suas modalidades de prática de gestão encontram-se na encruzilhada entre vários planos de constituição. Por um lado, é expressão de processos subjetivos, de suas trajetórias profissionais, ao mesmo tempo, é fruto de possibilidades que se constroem na organização compreendida como instância grupal e, num outro nível de análise, têm origem em processos institucionais e conjunturais. Essas características do modo de agir dos gestores entrevistados levam a construir condições para mudanças, o que pode estimular o trabalho em equipe, a autonomia dos profissionais ao participar das ações e decisões em saúde e na reorganização do processo de trabalho multiprofissional; a preocupação com as condições de trabalho das equipes para a construção de vínculo gestor-trabalhador da ponta e – usuário também foi vista nas falas dos entrevistados.

As características destas experiências de gestão procuram construir condições para processos de mudança por meio de experiências anteriores, de estratégias de trabalho e do sistema de gestão que procuram desenvolver, estimulando o trabalho em equipe e a autonomia do profissional.

Assim, quanto às estratégias de trabalho destaca-se no relato dos entrevistados a importância da articulação de todos os profissionais comprometidos com a saúde neste município, em busca de apoio para o funcionamento das unidades de saúde,

no contexto da ESF. É comum a criação de dispositivos nos processos de trabalho que permitam pactos, acordos quanto aos rumos das unidades saúde e seu modo de funcionamento interno.

5.8 DIFICULDADES, LIMITES E DESAFIOS DA GESTÃO

As dificuldades e os desafios enfrentados pelos gestores, muitas vezes despreparados para exercer a função, são muitos. A gestão solitária é uma das dificuldades relatadas pelos gestores na sua prática.

“Creio que as dificuldades estão no dia a dia como, por exemplo, inserir todos os profissionais das ESF verdadeiramente como equipes. O trabalho tem que ser coletivo e não individual.” (Gestor A).

“Nosso município não funciona no sistema de você ter um coordenador por unidade, a gente ainda mantém o sistema de ter um coordenador por bloco de unidade e um diretor geral. Então acaba sobrecarregando por isso.” (Gestor B).

Essa gestão também se encontra despreparada, em muitos casos sem conhecimento técnico (como visto anteriormente), ou até mesmo por se tratar na maioria dos casos de um cargo comissionado – a alta rotatividade desses profissionais dificulta o andamento do planejamento em gestão, da formação de vínculo com os demais profissionais e conhecimento do município.

“É difícil a gente ter gestão, hoje, na maioria dos municípios, porque as pessoas são comissionadas, indicação política, então isso dificulta um pouco. Muitas vezes deixamos de fazer por não termos os técnicos. E há uma insuficiência de técnicos que tenham condições, na saúde da família, na vigilância, em todas as áreas da saúde, disponíveis no mercado. Os salários são muito baixos, isso dificulta bastante a contratação de técnicos.” (Gestor C).

Esse ponto também pode se tornar limitador em relação à falta de confiança do profissional com relação ao novo gestor, como expressado pelo Gestor B abaixo. Entretanto, a postura do próprio gestor, sua estratégia e forma de comunicação e interação com a equipe é capaz de modificar esses preconceitos.

“Gestão não é fácil, pra ninguém. Então você tem os problemas, é claro, ninguém nunca vai ser unanimidade. Mas eu acho que a gente consegue, até com as pessoas que são mais incrédulas, são aquelas que de início não acreditavam no trabalho, com o trabalho você consegue modificar todo

mundo. As pessoas conseguem te enxergar diferente em relação a isso. Quando você faz, tem um trabalho pra desenvolver pra melhoria do trabalho de todos, eu acho que eles reconhecem. No início eu ficava preocupada porque a minha formação não é uma formação acadêmica, que geralmente você encontra como diretora da APS. Mas isso não é o limitador. O limitador é como você vai conseguir gerir, como que você vai conseguir levar isso adiante. Então eu acho que o mais importante, independente do cargo, da formação da pessoa, é como que você faz isso fluir nas suas equipes.” (Gestor B).

“A gente tinha resistência no início, mudança de gestão é sempre complicado pra todo mundo, a gente sabe disso. Fatos negativos da outra gestão, fatos positivos também.” (Gestor B).

Questões relacionadas à estrutura física, formação dos profissionais da ponta e apoio técnico de outras instâncias para o processo de Educação Permanente desses profissionais também foram pontuadas como dificultador do trabalho em gestão.

“Fora que quando nós entramos no município a maioria das unidades não seguia os padrões do ministério, são unidades de saúde muito antigas. Tanto que estamos projetando treze novas unidades de saúde, ou seja, nos vamos arrumar todas as unidades de saúde para que sejam nos padrões do ministério. É um problema essa questão da estrutura física, da dimensão do município, a questão dos profissionais, da capacitação dos profissionais, isso é uma coisa que dificulta bastante também.” (Gestor C).

“O estado deveria dar um apoio técnico maior. A gente sente a fragilidade do estado em dar esse apoio técnico, a união sempre está muito distante. Algumas vezes no ano ainda existe alguma capacitação, vem alguém do ministério da saúde pra falar sobre algo, [...], às vezes é uma capacitação de um dia, dois dias, e não é o suficiente. E às vezes nos temos a rotatividade de profissionais, e quando a gente precisa capacitar outros profissionais a gente também encontra essa dificuldade.” (Gestor C).

“Agora os profissionais são heterogêneos, a gente não tem em todas as ESF todos os profissionais com capacitação, aperfeiçoamento, cursos voltados à área, então você encontra alguma equipe ou outra que não anda no mesmo ritmo das outras devido a essas diversidades profissionais.” (Gestor C).

“Na gestão, como eu citei, há necessidade de se ter profissionais técnicos, melhores salários, melhores condições de trabalho, que se aventurem a estar no SUS, trabalhando, pois a maioria das pessoas quando atingem um grau maior de especialização, saem do SUS, vai para um setor privado, ou para um setor pessoal de trabalho, um consultório e muitas vezes abandonam o SUS. Então a gente perde esses profissionais, tem muita rotatividade desses profissionais. A gente precisa que esses profissionais se identifiquem mais com a população e uma das formas é ficar mais tempo no município, ter profissionais mais tempo no município, pra conhecer realmente as condições daquela localidade, daquelas pessoas que estão ali. Acho que isso é uma dificuldade geral. A capacitação é uma coisa também que melhorou, mas a gente precisa que isso seja de forma mais contínua, até nas próprias prefeituras, a gente sente um pouco de dificuldade de capacitar o profissional, de conseguir horário, momentos para poder capacitar o profissional.” (Gestor C).

Dificuldades de extensão territorial, que também expressam culturas e condições de vida diferentes, perfis epidemiológicos diferentes; influenciam no processo de planejamento das ações, que devem ser pautadas nessas características, trabalhando de forma individualizada. Também é possível considerar uma questão cultural enraizada no modelo médico hegemônico, com foco curativista, que por muito tempo será um desafio para mudança de práticas da gestão pautada na prevenção e promoção à saúde, objetivos da ESF.

“A maior dificuldade nossa ainda é a questão de ser um município muito extenso, então eu tenho eu tenho áreas muito diferentes dentro do mesmo município. Ações, eu não consigo desenvolver idênticas para o município inteiro, eu tenho que ver a realidade de cada localidade para poder tentar montar ou moldar essas ações. Então, a minha área rural é muito extensa e muito diferente da minha área urbana, então isso ainda é um limitador, as maiores dificuldades que a gente enfrenta hoje; até mesmo no nível de como que chegam essas informações, o repasse dessas informações em tempo hábil, porque é longe para você fazer esses trajetos.” (Gestor B).

“Hoje a grande dificuldade que nos temos no município, a grande dimensão do município, é um município muito populoso, existe muita zona rural, muitas regiões com poucas pessoas e ao mesmo tempo um território muito grande e as pessoas estão diluídas no espaço. Então pra você chegar nessas pessoas você tem dificuldade. [...] a respeito da questão cultural, que às vezes a própria comunidade não tem interesse de participar das ações, de uma palestra. Tem aquela visão curativa, de ir à unidade quando

precisam do médico pra passar um medicamento, eles não entendem que eles precisam também de participar das ações coletivas de saúde, da promoção de saúde como um todo.” (Gestor C).

Muito longe de ser uma “caixa vazia”, cada trabalhador e cada usuário tem ideias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. E todos os trabalhadores fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses (HELMAN, 2003).

Os serviços de saúde, então, são palco da ação de um time de atores, que têm intencionalidade em suas ações e que disputam o sentido geral do trabalho. Atuam fazendo uma mistura, nem sempre evidente, entre seus territórios privados de ação e o processo público de trabalho. O cotidiano, portanto, tem duas faces: a das normas e papéis institucionais e a das práticas privadas de cada trabalhador (MERHY, 2002).

Os gestores (federais, estaduais e municipais) do SUS cumprem um papel decisivo na conformação das práticas de saúde por meio das políticas, dos mecanismos de financiamento etc., mas não governam sozinhos. Apesar de haver uma direção – os gestores – a quem formalmente cabe governar, na verdade, como dito anteriormente, todos governam – os trabalhadores e os usuários. Matus (2000) diz que todos são agentes da organização e alguns estão em posição de “alta direção”. Então, a verdadeira organização é definida pelo conjunto de ações governamentais que todos fazem no dia-a-dia. Ou seja, planeja (governa) quem faz (MATUS, 2000).

Quer dizer, então, que todo ator em situação de governo encontra diante de si outros atores que também governam e disputam com ele a direcionalidade da ação, utilizando para isso os recursos de que dispõem.

Claro que os atores em situação de governo dispõem, em princípio, de maior controle sobre recursos, mas eles precisam saber governar (e necessitam para isso de uma dada caixa de ferramentas, que compõe sua capacidade de governar). Quando um ator “joga bem”, pode ampliar sua governabilidade.

Esse é um elemento fundamental para a gestão das organizações de saúde e para os que pretendem favorecer a transformação das práticas de saúde.

O SUS, que é uma política, um projeto e várias outras coisas ao mesmo tempo, pede atores sociais para ser produzido, sustentado e recriado. No entanto, a construção do sistema vem sendo operada numa realidade em que, de fato, não há atores totalmente consolidados para cumprir estas tarefas (lembremo-nos da realidade do controle social, da configuração de gestores estaduais e municipais, da não participação direta e cotidiana de trabalhadores e usuários na construção das políticas de saúde).

Em função de tudo isso, o SUS não é hegemônico. Na prática, é frágil está em plena construção. Não há indícios claros de que será possível implantá-lo em sua profundidade básica, pois para tanto dependemos, decisivamente, da fabricação de atores para cumprir esses papéis em novos espaços de encontro e produção das práticas e políticas de saúde.

Num contexto político complexo como o atual, em que a decepção e a perda de confiança nas instituições e na política ganham força, o SUS – sua consolidação – pode ser um espaço de resgate da cidadania. Nesta perspectiva, alguns de nossos desafios, provavelmente, alocam-se na necessidade de recuperar a disposição e os meios para uma ampla participação na construção das políticas e das práticas de saúde; bem como na abertura sistemática de novos espaços de experimentação e a ampliação da produção de conhecimento a respeito das estratégias de gestão democrática, do processo de trabalho em saúde, das diferentes possibilidades de construção da rede de atenção à saúde e que se produzem novas tecnologias de cuidado orientadas às necessidades de saúde dos usuários.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Iniciamos a análise do material empírico explorando os percursos profissionais vividos pelos entrevistados, os caminhos de suas práticas profissionais e particularmente os processos que os levaram à função de gestor.

Quanto aos processos que levaram à função de gestor, o acesso à gestão não seguiu uma regra, tendo os gestores, em sua maioria, não sido indicados apenas por critérios técnicos, mas também por indicação política, assumindo cargo de comissão. Assim, para ocuparem seus primeiros cargos como gestores, seus relacionamentos pessoais e políticos, e também o compromisso com o trabalho, parece ter sido fundamental como critérios de indicação. No entanto, no momento da entrevista, na gestão atual, dois já haviam formação adequada no campo da gestão, através de cursos de especialização e experiências consolidadas em outros municípios.

Paralelamente aos esforços de mudanças no modelo de gestão, observam-se, especialmente na área pública da saúde, na década de 1990, iniciativas relativas ao treinamento e consequente profissionalização de seus dirigentes, como também mudanças quanto ao processo de ocupação de cargos, realizado não mais com base exclusivamente em critérios político partidários, como era tradicional, mas através de indicação de esferas administrativas superiores com base em mérito profissional, associados, por vezes, à formação no campo da gestão.

Ressalta-se que, para se dispuser estar gestor, o profissional precisa ter conhecimento sobre diversas questões técnicas, dentre elas: planejamento, gestão de pessoas, custeio, cálculos de insumos, etc.

A gestão também se constitui como um espaço de intervenção e nela espera-se que o gestor do SUS exerça uma função diferenciada, de coordenação, “sem que esteja gestor, sem necessariamente sentir que é gestor.” Questões relevantes como formação técnica em gestão em saúde, entendimento para abordar questões provenientes da grupalidade e da produção de subjetividade institucional e estimular a autonomia e criatividade da equipe são elementos fundamentais e devem estar presentes no gestor.

Pensar nessa função – gestor – como produção intersubjetiva significa expor-se a essa experiência da intersubjetividade. Nesse caso é preciso compreender e se inserir nesta função (não além, no lugar de chefe instituído).

O Apoio Paidéia, conceito proposto por Campos (2007), constitui uma postura metodológica que busca reformular os tradicionais mecanismos de gestão e parte do pressuposto de que as funções de gestão se exercem entre sujeitos ainda que com distintos graus de saber e de poder. Reconhece que toda gestão é produto de uma interação entre pessoas e que produz efeitos sobre os modos de ser e de proceder de trabalhadores e de usuários das organizações.

Trabalhar sobre esta abordagem é permitir uma forma mais democrática de coordenar e planejar o trabalho, dando lugar à criatividade, às experiências, aos desejos e interesses dos sujeitos; articulando os objetos institucionais e os saberes e interesses dos trabalhadores e usuários. O apoio sustenta e empurra o outro, assim como é empurrado e sustentado pela equipe. Neste estudo foi possível visualizar, no discurso desses gestores, o interesse deles em trabalhar em conjunto com todos os interessados na produção da saúde – gestor, equipe e usuário.

As experiências anteriores como gestores são marcadas nos relatos dos entrevistados por vivências de realização, reconhecimento, capacidade de desenvolvimento de projetos, processos de mudança, e até mesmo por sentimentos de encantamento, estando presente, assim, sentimento de possibilidades de um melhor funcionamento das unidades de saúde. Surgem nas narrativas dos gestores as dificuldades do contexto da gestão. O contexto de falta de apoio e isolamento, embora claramente explicitado, não impede o entusiasmo com as conquistas, a imagem positiva da gestão e a sensação de reconhecimento interno.

Os gestores encontram-se submetidos a um conjunto de determinações muito fortes e de origem externa, tais quais: pressões políticas, escassez de capacitações, precariedade na política de recursos humanos e exonerações abruptas que representam um importante fator dificultador.

A gestão como produtora de intersubjetividade e processos intermediários discorre como na maioria das situações institucionais, o modelo gerencial hegemônico, proposto por Campos (2000), que praticamos nos serviços; contribui para o

estabelecimento de relacionamentos interpessoais marcados pela ameaça que o outro representa.

Segundo Onocko (2007), a maioria desses grupos que encontramos nos serviços de saúde não são grupos, porém agrupamentos, ou não tem constituída uma área de relações intersubjetivas que permita que a experiência da diferença não seja vivida como mortal. O outro como ameaça. O outro como depositário de tudo o que há de ruim. O outro como o que me impede de desabrochar. O outro como lugar onde despejar onde eu quiser.

Para ter um projeto, o grupo, muitas vezes, precisará de suporte e de manejo que o ajude a se estruturar como subjetividade (com grau razoável de circulação de afetos) e, o planejamento começa aí e não depois, no plano.

A partir deste quadro, a investigação aprofundou a análise das práticas de gestão dos gestores revelando práticas distintas. A este respeito, algumas considerações gerais tornam-se importantes, particularmente sobre o significado e as implicações de cada uma dessas práticas.

No que se refere à prática de gestão no município de Itapemirim, gostaria de ressaltar a estrutura de política e de gestão que se encontra posta. O município adota uma política de gestão participativa na saúde com várias instâncias formais como: Conselho Municipal de Saúde, Colegiado Gestor, Controle, Avaliação e Auditoria, Seminários de Avaliação anuais. Adota um investimento em saúde acima do preconizado pela Constituição Federal por se tratar de um município que recebe royalties, o que permite um investimento em estruturação e oferta de serviços públicos (RGA, 2013 - SMS Itapemirim).

Pelos depoimentos, percebe-se que todas as experiências apostam em um processo de mudança, através de tentativas de construção de um plano de trabalho para, na construção de certo projeto gestor e assistencial, representando que é possível mudar. Em toda mudança penso que é nesse “se enxergar”, fazendo alguma coisa de diferente, que pode ser construída uma nova forma de trabalho, mais fraterna e solidária, mais respeitosa das diferenças e diversidades e que existe, criando condições para construção de um projeto de desenvolvimento da Atenção Primária em Saúde no município, com foco na ESF, objeto de estudo desta pesquisa.

As características destas experiências de gestão, que procuram construir condições para processos de mudança, vêm sendo apontadas ao longo da análise, seja através das estratégias de trabalho ou do sistema de gestão que procuram desenvolver.

A perspectiva de construir um plano de trabalho, e assim outra perspectiva de futuro, é potencialmente favorecedora da capacidade criativa dos indivíduos, de sua percepção e consciência quanto às capacidades internas e, portanto, de algum nível de autonomia deste grupo, possibilitando uma atitude menos passiva frente aos destinos da organização.

Autonomia, atividade, capacidade de autodeterminação são questões claras aos sujeitos e permeiam, ao mesmo tempo, os processos organizacionais, na micropolítica do processo de trabalho, no trabalho vivo em ato.

É importante destacar a correlação entre as experiências que procuram construir mudanças, em que os gestores têm mais clareza sobre o que buscam na gestão, e as trajetórias e perfis profissionais desses gestores. Os projetos profissionais dos três entrevistados vão claramente se definindo no âmbito da gestão: se veem, não mais como profissionais de sua área de formação original, mas acima de tudo como gestores, alimentados pelo reconhecimento de suas capacidades de mobilização e de desenvolvimento de mudanças relativas a outras realizações no campo da gestão.

O gestor C, entre os entrevistados é quem tem uma experiência mais longa como gestor, tendo conduzido experiências inovadoras que deram visibilidade ao seu trabalho e foi fonte de reconhecimento. O Gestor B, por outro lado, tem um perfil técnico muito claro. Relata sua experiência na gestão pautada em diversas ferramentas, buscando seu aprimoramento profissional. O Gestor A, apesar de possuir pouca experiência, mostra interesse pela posição que ocupa e preconiza o trabalho em equipe como importante ferramenta no seu processo de ser gestor. Reconheço, então, uma relação importante entre as trajetórias e perfis desses gestores e as características inovadoras das experiências que conduzem.

Há características comuns nesses entrevistados, ou seja, um lugar para pensar e para desenvolver um projeto de mudanças neste município em questão. E, nesse contexto, Onocko (2007) discorre que toda mudança implica uma escolha, e nas

escolhas ganham-se coisas e perdem-se outras. De qualquer forma, num contexto de mudança, sempre chegará esse momento de crise do grupo ou equipe, a crise como lugar de passagem, não de enlouquecimento definitivo.

Ao longo de minha pesquisa pude refletir sobre experiências e conceitos dos diversos autores aqui citados e acredito que, para que o direito à saúde no Brasil seja uma realidade, é necessário que os sujeitos presentes nos estabelecimentos de saúde sejam capazes de produzir novos arranjos na gestão, com potência para garantir uma maior participação decisória nos processos operacionais destas organizações e, por conseguinte, para transformar a realidade de acesso aos usuários aos serviços. São arranjos orientados pela produção de subjetividades; são também maneiras de se entender e de se fazer gestão e mais, buscar uma forma de gestão que reconstrua o encantamento dos profissionais como exercício da própria profissão, no prazer do trabalho em equipe, na criatividade e autonomia dos seus processos de trabalho, na participação dos processos decisórios com o gestor.

É importante destacar que este estudo, sozinho, não representa a totalidade da qualidade dos serviços de saúde desde município – esta é uma visão pautada no ponto de vista da equipe de gestão. A realização de novos estudos, pontuando visões e vivências dos profissionais atuantes na ponta das equipes de ESF e dos próprios usuários, participantes desses serviços de saúde, produzirá o conjunto adequado de avaliação das práticas de gestão, de pontos de vistas diferenciados.

A constituição de coletivos a partir de modelos centrados em experiências partilhadas de gestão torna possível desencadear processos de coresponsabilização, promovendo um modo de gestão que tenha espaço para a dinâmica de singularização e, portanto, de autonomia dos sujeitos envolvidos.

A reforma do modelo de gestão para a área pública deveria pautar-se na descentralização, no planejamento e na avaliação. Para Campos (2006), o modo de gestão da saúde deve considerar o Sistema Único de Saúde (SUS) como fator estratégico à reforma sanitária, desde que o entendamos como instrumento de exercício de poder democrático. Neste sentido, poder-se-ia utilizá-lo como estímulo à criatividade com o objetivo de formar sujeitos que transformem a realidade atual, garantindo o acesso à saúde e às tecnologias que auxiliam a humanidade a ter uma vida mais saudável.

Parafrazeando Onocko (2007), talvez a metáfora do parto nos devolva a dimensão geratriz: dor de parto ninguém esquece, contudo, ninguém passa a vida sofrendo por ela. Pois, ao final, o que importa é que essas dores anunciam o teimoso e persistente recriar da vida.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A.L.S. **Relatório final da pesquisa: Educação Profissional: Administrando a competência.** Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2000. Mimeo.
- ALMEIDA, P.C. (Coord.). **Diagnóstico da Situação dos trabalhadores de saúde de nível superior e técnico da macrorregião de saúde de Sobral/Ceará:** relatório final. Observatório de Recursos Humanos em Saúde. Estação CETREDE/UFC/UECE. Fortaleza – Ceará, 2007.
- AMARAL, M.A.; CAMPOS G.W.S. **Organização do trabalho e do cuidado em saúde: uma metodologia de cogestão.** Disponível em: <http://www.gastaowagner.com.br/index.php/publicacoes/capitulosdelivros>. HTML. Acesso em 20 fev., 2014.
- AZEVEDO, C. S. (ORG). **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde:** abordagens da psicossociologia. Rio de Janeiro. FIOCRUZ, 2013.
- AZEVEDO, C. C; FERNANDES, M. I. A & CARRETEIRO, T. C. **Sob o domínio da urgência:** a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. Cadernos de Saúde Pública. 23. 2.410-2.420, 2007.
- BARROS, M.E. B; BENEVIDES, R. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS – FILHO, S. B.; BARROS, M.E.B. (Org.). **Trabalhador da saúde: muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** Acompanhamento e avaliação da Atenção Primária. Brasília: CONASS; 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Cartilha HUMANIZASUS:** gestão participativa e cogestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HUMANIZASUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS – 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Gabinete do Ministro, 24 de outubro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica – DAB. **Teto, credenciamento e implantação das estratégias de Agentes Comunitários de Saúde, Saúde da Família e Saúde Bucal**. Unidade geográfica: Brasil, Região Sudeste, Estado – Espírito Santo. Competência: janeiro 1998 a dezembro de 2011. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php. Acesso em: maio/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 1º Encontro Estadual dos Gestores Municipais de Saúde, Guarapari – ES. **Redes de Atenção**: avanços e desafios. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**: regulamentação da Lei nº 8.080/90. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CAMPOS, G.W.S. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**, São Paulo: Hucitec, 1991.

CAMPOS, G.W.S. “O Anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso”. In: **Cadernos de Saúde Pública**, 14:4, p. 63-70, 1998.

CAMPOS, G.W.S. “Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde”. In: **Agir em Saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Paideia**. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revoluções das coisas e reforma das pessoas. In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G.W.S. Clínica e Saúde Coletivas Compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et. al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006 a.

CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma**: Repensando a saúde. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 1992, 2006b.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e Cogestão de Coletivos**. 3. Ed. São Paulo: Hucitec, 2000, 2007.

CAMPOS, G.W. S et. al. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família. In CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo &Rothschild, 2008.

CASTRO, A.L.B.; FAUSTO, M.C.R. A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde. In: MACHADO, C.V. (Org.). **Políticas de saúde no Brasil**: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

CECÍLIO, L.C.O. "Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital" In: **Ciência & Saúde Coletiva** Vol. 4 n. 2 315-330, 1999.

CECÍLIO, L. C. As Necessidades de saúde como centro estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2006. p. 115-128.

CHAPOULIE, J. M. **La place de l' observation et du travail de terrain dans la recherche en sciences sociales**. Actes du colloque du Conseil Québécois de la Recherche Sociale de l' Acfas. 1993, p. 67-82.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**: uma visão abrangente da moderna administração das organizações/ Idalberto Chiavenato - 7. ed. rev. e atual. - Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G.W.S., et. al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CONILL E.M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2008; 24(Supl. 1): 7-27.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRIAUX, F. **Por um trabalho, fator de equilíbrio.** Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v.33, n.3, p.98-104, maio-jun, 1993.

ESCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H. M; SENNA, M.C.M. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Rev. Panam. Salud Pub. /Pan Am. J. Public. Health** 2007; 21(2): 64-176.

ESPÍRITO SANTO (Estado). **PDR: Plano Diretor de Regionalização da Saúde.** Espírito Santo, 2011.

FAUSTO, M.C.R.F.; MATTA, G.C. Atenção Primária à Saúde: Histórico e Perspectivas. In: MOROSINI, M.V.G.C.; CORBO, A.D.A. (org.). **Modelos de atenção e a saúde da família.** Coleção Educação Profissional e Docência em Saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

FOUCAULT, M. **A Verdade e as Formas Jurídicas.** 2. Ed. Rio de Janeiro: Nau, 1999.

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in PINHEIRO R.; MATTOS R.A. (Org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde;** Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FRANCO, C.M. **A concepção problematizadora: uma didática para a educação permanente em saúde.** Orientador: Lílian Koifman. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal Fluminense, 2010.

GALAVOTE, H.E. **Alegrias e tristezas no cotidiano de trabalho do Agente Comunitário de Saúde: cenários de paixões e afetamentos.** Dissertação (mestrado) – Universidade Federal Fluminense, Instituto de Saúde da Comunidade, 2010.

GARCIA, A.C.P. **Gestão do trabalho e da educação na saúde: uma reconstrução histórica e política.** 2010. 169 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2010.

GUATTARI, F. **Caosmose um novo paradigma estético** 3ª ed. São Paulo: editora 34, 1992.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M.H.M. **Estudos de caso sobre implementação da Estratégia Saúde da Família em Vitória (ES).** [relatório final de pesquisa]. Rio de Janeiro: Nupes/DAPS/ENSP/Fiocruz, 2009.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

ITAPEMIRIM. **Relatório de Gestão anual** – Período de Janeiro a Dezembro de 2011, 2011.

ITAPEMIRIM. **Relatório de Gestão anual** – Período de Janeiro a Dezembro de 2012, 2012.

ITAPEMIRIM. **Relatório de Gestão anual** – Período de Janeiro a Dezembro de 2013, 2013.

ITAPEMIRIM. **Plano Municipal de Saúde** – 2010 a 2013, 2011.

KÄES, R. O intermediário na abordagem psicanalítica da cultura. **Psicologia USP.** 2003.

KISIL, M. **Educação em Administração de Saúde na América Latina: a busca de um paradigma.** São Paulo: USP, 1994.

LEMOS, S. **O processo de definição e implementação de objetivos numa organização pública de saúde: o conjunto sanatorial de Curicica ao Hospital de clínicas básicas Raphael de Paula Souza.** Rio de Janeiro, 1994 (Dissertação de Mestrado, Fundação Getúlio Vargas).

LIMA, R.C.D. **A enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde.** Vitória: Edufes, 2001.

LIMA, R.C.D. et. al. **O processo de cuidar na enfermagem: mudanças e tendências no mundo de trabalho.** Cogitare Enferm. Vol. 2, n.10 p. 63-67. 2005.

Disponível em:< <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/5015/3791>> Acesso em: 20 Jun. 2014.

LIMA, R.C.D. Abordagens Gerenciais em Saúde. In: **Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**, 2012, Porto Alegre. Mesa Redonda; Abordagens gerenciais em saúde 17 de nov. 2012.

MARX, K. **O Capital**. São Paulo: Diefel, 1985.

MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Tomo I e II Brasília: IPEA, 2000.

MATTA, G.C. **A organização mundial de saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia**. Trabalho Educação e Saúde, 3(2) p. 371-396, 2005.

MATTOS, R.A. **Desenvolvendo e Ofertando Ideias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial**, 2000. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: IMS/UERJ.

MENDES, E.V. **A Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDONÇA, M.H.M.; MARTINS, M.I.C.; GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S. Desafios para a gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**. 15(5): 2355 – 2365, 2010.

MENDONÇA, M.H.M. **O SUS e a política de recursos humanos em saúde**. Divulgação em Saúde Pública para Debate, Rio de Janeiro, n.40, p. 13-16, 2000.

MERHY, E.E. **Agir em Saúde: micropolítica do trabalho vivo**. DMPS/FCM/UNICAMP, 1996.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde, in CECÍLIO, L.C.O. **Inventando a Mudança na Saúde**. Hucitec, São Paulo, 1994.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec. 2002.

MERHY, E.E; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde, um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modo em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de

trabalho na busca de da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio, L.C.O. **Inventando a Mudança na Saúde**. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: In: FRANCO, T.B. MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec. 2013. p. 19-67.

MINAYO, M., C. de S. Qualitativo-Quantitativo: oposição ou complementaridade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3: 239-62, 1994.

MINAYO, M.C.S (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 19 ed. São Paulo: Vozes, 2001.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo. 10^a ed. HUCITEC, 2007.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes: estruturas em cinco configurações**, São Paulo: Atlas, 1995.

MOURA, A. H. **O equipamento de Saúde Mental, suas instituições, e o Clube dos saberes**. Campinas, 2003 (Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas).

Onocko, R.C. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: Campos, G.W.S. (Org.). **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007. p.122-49.

OMS. **Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de Saúde Primários – agora mais que nunca**, 2008.

ONOKO, R. **O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica**. Campinas, 2001 (Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas).

OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 12 jun. 2014.

SAMPAIO, L.F.R. Desafios para a organização de serviços básicos e da estratégia saúde da família. **Cad. Saúde Publica** 2008; 24(Supl. 1): 19-21.

SANT'ANNA, V. Gestão. In: DI GIOVANNI, G., NOGUEIRA, M.A. (Org.). **Dicionário de Políticas Públicas**. Fundap. São Paulo. 2013. Disponível em: <<http://dicionario.fundap.sp.gov.br/>>. Acesso em: 9 abril 2014.

SILVA, A. L. A. **Produção de subjetividade e gestão em saúde: cartografias da gerência**. Campinas SP: [s.n.], 2004.

SPINK, M.J.P.; GIMENEZ, M.G.G. **Práticas discursivas e produção de sentido: Apontamentos metodológicos para a análise de discurso sobre saúde e doença**. Rev. Saúde e Sociedade. 3 (2): 149-171, 1994.

SPINK, M.J.P. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In; GUARESCHI, P.; JOVCHELOVITCH, S. (org.). **Textos em representações sociais**. Petrópolis. Vozes, 1994.

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

STRALEN, C.J.V.; BELISÁRIO, A.S.; STRALEN, T.B.S.; LIMA, A.M. D, MASSOTE. A.W.; OLIVEIRA, A.W. Percepção dos usuários e profissionais de saúde sobre atenção básica: comparação entre unidades com e sem saúde da família na Região Centro-Oeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2008; 24(Supl. 1): 148-158.

SULTI, A.D.C. **As relações produzidas no cotidiano da gestão na estratégia saúde da família num dos municípios da região metropolitana da grande vitória: os discursos dos gestores**. (Dissertação de Mestrado defendida em mar. 2014 pela UFES). 2014.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Tradução de Walkiria Maria FrankeSettineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

8 ARTIGO

O AGIR COTIDIANO DOS GESTORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: POSSIBILIDADES E DESAFIOS

THE ACT EVERYDAY OF MANAGERS OF THE FAMILY HEALTH STRATEGY: OPPORTUNITIES AND CHALLENGES

Fernanda Nascimento Gomes¹

Rita de Cássia Duarte Lima²

Heletícia Galavote³

Maria Angélica Carvalho Andrade⁴

Declaro que não houve conflito de interesses na concepção deste trabalho.

RESUMO

Este artigo discute a análise da prática da gestão nos serviços de saúde em um município do estado do ES, Brasil. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados através de entrevistas semiestruturadas com gestores da saúde desse município. Os discursos revelam a organização dessa gestão, com ênfase na construção de dispositivos de mudança de práticas. Os projetos profissionais dos gestores entrevistados se definem no cotidiano de suas práticas gestoras, já que se reconhecem, não mais como profissionais de sua área de formação original, mas acima de tudo como gestores, alimentados pelo reconhecimento de suas capacidades de mobilização e de desenvolvimento de mudanças relativas a outras realizações no campo da gestão.

¹Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES.

²Enfermeira, Professora Titular do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

³Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFES.

⁴Médica. Professora adjunta do Departamento de Medicina Social e professora colaboradora no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo.

Universidade Federal do Espírito Santo. Av. Marechal Campos, 1468, Cep: 29040-090 – Maruípe. Vitória/ES. Tel: 33357287. E-mail: fernandangomes@hotmail.com.

ABSTRACT

This article discusses the management practice of analysis in health services in a municipality of the state of Espírito Santo, Brazil. Treatment is an exploratory-descriptive qualitative study. Data were collected through semi-structured interviews with health managers that municipality. The discourses reveal the organization of such management, with emphasis on building change practices devices. The professional project managers interviewed are defined in their daily management practices, since they recognize, not as professionals in their area of original training, but above all as managers, fueled by the recognition of their mobilization and capacity development changes relating to other achievements in the field of management.

PALAVRAS-CHAVE

Processo de trabalho em saúde, Estratégia Saúde da Família, Gestão em saúde, práticas de gestão.

KEYWORDS

Process of health work, the Family Health Strategy, Health management, management practices.

APÊNDICE A – Formulário de Identificação**O AGIR COTIDIANO DOS GESTORES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE ITAPEMIRIM/ES**

1. Sexo: feminino masculino

2. Idade:

3. Formação Profissional:

4. Ano de graduação:

5. Pós-graduação:

Residência em:

Especialização em:

Mestrado em:

Doutorado em:

6. Cargo atual:

7. Tempo no cargo:

8. Jornada de trabalho semanal:

9. Faixa salarial (salário mínimo)

() Menos de 1

() De 1 a 2

() De 3 a 5

() Mais que 5

10. Procedimentos utilizados para ingresso no cargo: (aceita mais de uma resposta)

Concurso público

Indicação política

Análise de currículo

Entrevista

Outro. Especifique:

11. Vínculo de trabalho

- Estatutário
- Celetista (CLT)
- Comissionado
- Outro. Especifique:

12. Experiência anterior em Saúde da Família:

Cargo	Local	Tipo de vínculo	Duração

13. Experiência anterior em Gestão:

Cargo	Local	Tipo de vínculo	Duração

14. Você já realizou algum curso sobre Saúde da Família? Se sim, qual?

15. Você já realizou algum curso na área de Gestão em Saúde? Se sim, qual?

16. Desde que assumiu o cargo, foram ofertados a você cursos de capacitação? Se sim, quais foram e por qual esfera de governo foi ofertado (União, Estado ou Município)?

17. Qual o vínculo empregatício dos profissionais que atuam na ESF? Forma de inserção no cargo (concurso, processo seletivo simplificado, indicação política, etc.)? Qual a sua opinião sobre o vínculo e a inserção dos profissionais?

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista

O AGIR COTIDIANO DOS GESTORES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ITAPEMIRIM/ES

1. Você pode descrever sua trajetória profissional?
2. Qual sua concepção de gestão?
3. Como e porque você se tornou gestor?
4. Como você reproduziria o seu dia-a-dia como gestor? (Quais são suas principais atividades?).
 - Como é a articulação da equipe com as coordenações (atenção básica e saúde da família) e com a secretaria municipal?
 - Como as informações saem da Secretaria Municipal e chegam até os profissionais de saúde?
5. Em sua opinião, quais são as principais facilidades e avanços que você vivencia, como gestor, no contexto específico da ESF? Explique. E quais são as dificuldades?
6. Que tipos de suporte (apoio técnico/financeiro) você, como gestor, tem recebido do Ministério da Saúde, de Secretaria do Estado da Saúde e de outros setores da Administração Municipal, para o enfrentamento das dificuldades citadas?
7. Apontando experiências vividas no município, como você avaliaria a sua relação com as equipes de Saúde da Família?
8. Como você avaliaria sua participação, enquanto gestor, na implementação de ações voltadas para a gestão do trabalho da ESF?
9. Fale sobre o processo de planejamento e avaliação das ações. Quais os parâmetros utilizados?
10. Existe mais alguma questão que você, como gestor, julga importante acrescentar?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento de Realização de PesquisaDECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA

Título do projeto: O AGIR COTIDIANO DOS GESTORES NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ITAPEMIRIM/ES.

Instituição proponente: Universidade Federal do Espírito Santo – UFES

Pesquisador Responsável: Fernanda Nascimento Gomes

Eu, Alex Wlinger Leuca, Secretário Municipal de Saúde Itapemirim/ ES, declaro ter lido e concordar com o projeto de pesquisa científica intitulada “O agir cotidiano dos gestores na Estratégia Saúde da Família no município de Itapemirim/ES”, a ser desenvolvido na Prefeitura de Itapemirim, bem como conhecer e cumprir as Resoluções CNS 196/96.

Com base no parecer nº 363. 867 emitido pelo comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, da UFES em 19/08/2013 aprovando a Pesquisa, a Gerência de Desenvolvimento de Recursos Humanos - GDRH/SRH/SESA emitirá o documento oficial de “Apresentação de Pesquisador Campo”, liberando o início da coleta de dados junto ao Secretário Municipal de Saúde, Diretora da Atenção Primária e um Coordenador de Unidade de Saúde da Família.

Itapemirim, 02 de ^{JULHO}~~abril~~ de 2014.



SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “**O AGIR COTIDIANO DOS GESTORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE ITAPEMIRIM/ES**”.

A pesquisa tem como objetivo: Analisar a prática da gestão nos serviços de saúde do município de Itapemirim/ES, buscando compreender as múltiplas e complexas dimensões que orientam essa prática.

Você participará de uma entrevista sobre o tema de interesse, que será gravada a partir da assinatura desta autorização. Serão garantidos o sigilo e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam compromete-lhes. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes e não haverá forma de identificar qualquer um dos participantes. Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos e publicações científicas.

Durante sua participação, você poderá se recusar em responder a qualquer pergunta que por ventura lhe causar algum constrangimento. Além disso, você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.

A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio para isso, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação, de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

Não se tem em vista que a sua participação poderá envolver riscos ou desconfortos, sendo que os benefícios previstos da pesquisa envolvem a ampliação dos conhecimentos sobre a gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo.

Você receberá uma cópia deste termo de consentimento onde consta o telefone e o endereço do pesquisador responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento, telefonando a cobrar para os telefones abaixo. Caso você tenha dificuldade em entrar em contato com o pesquisador, comunique o fato ao Comitê de Ética em Pesquisa/UFES.

Confirmo ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

_____, _____ de _____ de _____.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Fernanda Nascimento Gomes

Fernanda Nascimento Gomes

Pesquisadora Responsável

Programa de Pós-Graduação em Saúde
Coletiva/UFES

Av. Marechal Campos, 1468

Maruípe - Vitória/ES - CEP 29.040-090

Telefone/Fax: (27) 3325-7602 - (27)
99989-0580.

E-mail: fernandangomes@hotmail.com.

Comitê de Ética em Pesquisa/UFES

Av. Marechal Campos, 1468

Maruípe - Vitória/ES - CEP 29.040-090

Telefone: (27) 3335-7211

E-mail: cep@ccs.ufes.br -
cep.ufes@hotmail.com

Endereço eletrônico:
<http://www.ccs.ufes.br/cep/>

ANEXO A

Continuação do Parecer: 363.867/19/08/13.

Riscos:

Não se tem em vista que a participação poderá envolver riscos ou desconfortos.

Benefícios:

Espera-se conhecer como se distribuem, se inserem e a atuam os gestores dos diferentes municípios do Estado, delineando suas principais conquistas e dificuldades. Além disso, pretende-se criar um banco de dados, bem como, realizar publicações de relatórios e artigos científicos que subsidiem a tomada de decisões e o desenvolvimento de ações estratégicas nos campos da educação permanente, política de gestão do trabalho e da educação e àquelas que possibilitem vivenciar novas formas de gerir e organizar instituições de saúde com vistas a superar as práticas tradicionais de gestão que acabam por reduzir os trabalhadores a meros instrumentos e/ou recursos. Os benefícios previstos da pesquisa envolvem a ampliação dos conhecimentos sobre a gestão do trabalho na Estratégia Saúde da Família no Espírito Santo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pesquisa relevante

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Em conformidade. Apresenta autorização e instrumento de coleta de dados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Aprovação

Recomendações:

Não consta

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Não