

**PAULA PEREIRA DE FIGUEIREDO**

**PROCESSO DE TRABALHO DA GESTÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA: UM ESTUDO DA CONCEPÇÃO DE GESTÃO E DA SUA  
ARTICULAÇÃO COM AS EQUIPES DE SAÚDE E A COMUNIDADE**

**RIO GRANDE**

**2008**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**PROCESSO DE TRABALHO DA GESTÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA: UM ESTUDO DA CONCEPÇÃO DE GESTÃO E DA SUA  
ARTICULAÇÃO COM AS EQUIPES DE SAÚDE E A COMUNIDADE**

**PAULA PEREIRA DE FIGUEIREDO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa Organização do Trabalho da Enfermagem/Saúde.

**Orientadora Dr<sup>a</sup> Marta Regina Cezar-Vaz**

**Rio Grande**

**2008**

## FICHA CATALOGRÁFICA

F475 Figueiredo, Paula Pereira de  
Processo de trabalho da gestão da estratégia saúde da família: um estudo da concepção de gestão e da sua articulação com as equipes de saúde e a comunidade / Paula Pereira de Figueiredo. – Rio Grande, 2008.  
176f. ; 29,7 cm.

Orientador: Marta Regina Cezar-Vaz  
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande.  
Curso de Pós-graduação em Enfermagem, 2008.  
Anexos: f. 172-176  
Apêndices: f 141-171  
Referências bibliográficas: f. 135-140  
1. Programa Saúde da Família. 2. Gestão em saúde 3. Sistema Único de Saúde. 3 Enfermagem. 4. I. Figueiredo, Paula Pereira de Figueiredo. II. Cezar-Vaz, Marta Regina. III. Universidade Federal do Rio Grande.

CDU 616-083

**PAULA PEREIRA DE FIGUEIREDO**

**PROCESSO DE TRABALHO DA GESTÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA: UM ESTUDO DA CONCEPÇÃO DE GESTÃO E DA SUA  
ARTICULAÇÃO COM AS EQUIPES DE SAÚDE E A COMUNIDADE**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de

**Mestre em Enfermagem**

e aprovada na sua versão final em 24 de novembro de 2008, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.

---

Dr<sup>a</sup> Mara Regina Santos da Silva – Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

---

Dr<sup>a</sup> Marta Regina Cezar Vaz  
Presidente - Universidade Federal do Rio Grande

---

Dr<sup>a</sup> Maira Buss Thofehn  
Membro – Universidade Federal de Pelotas

---

Dr<sup>a</sup> Hedi Crecência Heckler de Siqueira  
Membro – Universidade Federal do Rio Grande

---

Dr<sup>a</sup> Maria Elisabeth Carvalho Cestari  
Membro – Universidade Federal do Rio Grande

---

Dr<sup>a</sup> Eliana Pinho de Azambuja  
Suplente – Universidade Federal do Rio Grande

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esse trabalho aos meus pais, que sempre incentivaram a busca por novos conhecimentos e acreditaram no meu potencial, dando-me todo o apoio possível à conclusão de mais uma etapa de minha formação pessoal e profissional. Certamente, constituíram-se em grandes fortalezas, me fazendo superar as minhas fragilidades.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por conduzir-me pelo melhor caminho e dar-me desafios que pudesse superar.

A Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marta Regina Cezar Vaz, minha orientadora, pelo aprendizado proporcionado, pela confiança no meu trabalho e pelo incentivo constante em prosseguir a etapas futuras.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelo apoio à realização dessa caminhada, através de seus professores e demais funcionários.

Aos colegas do Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA) pela participação nesse processo e pela compreensão de minha ausência em momentos importantes.

Aos meus amigos que, de longe ou de perto, acompanharam minha trajetória, motivando-me a seguir em frente e mostrando-se interessados em compartilhar esse momento de alegria.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de Demanda Social. Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), pelo financiamento do projeto de pesquisa integrado.

***"A alegria está na luta, na tentativa, no sofrimento envolvido. Não na vitória propriamente dita".***

*Mahatma Gandhi*



## RESUMO

FIGUEIREDO, Paula Pereira de. Processo de trabalho da gestão da Estratégia Saúde da Família: um estudo da concepção de gestão e da sua articulação com as equipes de saúde e a comunidade. 2008. 176 folhas. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande.

Este estudo tem o objetivo geral de analisar o processo de trabalho dos gestores municipais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a sua articulação com as equipes de saúde e a comunidade no âmbito da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (3ªCRS/RS). Estudo de caráter explicativo e transversal, apresentando natureza predominantemente qualitativa. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada gravada, nos meses de novembro e dezembro de 2006; junto aos gestores da ESF pertencentes a 12 municípios da 3ªCRS/RS, totalizando 15 sujeitos. A análise temática dos dados congregou uma abordagem dialética, seguindo os passos de pré-análise, exploração e tratamento do material e interpretação dos resultados. Os mesmos foram apresentados em três subcapítulos, em que o primeiro relaciona-se às ações desenvolvidas no processo de trabalho da gestão da ESF, sintetizadas em três subtemas: 1) Ações de Organização/Funcionamento da Saúde da Família; 2) Ações de Formação/Educação permanente ou continuada; 3) Ações de Monitoramento e Avaliação. Apreendem-se desse processo de trabalho estudado duas concepções de gestão, sendo que a primeira relaciona-se à gestão clássica/tradicional, em que se destacam a administração de recursos materiais e humanos; a padronização do trabalho; e a imposição de responsabilidades e controle do trabalho. A segunda concepção relaciona-se aos preceitos da co-gestão, em que se agrega o compartilhamento de decisões entre os gestores, as equipes de saúde e os usuários; o respeito à autonomia das equipes; a negociação de responsabilidades e o monitoramento e avaliação da satisfação das equipes e/ou comunidade. O segundo subcapítulo trata mais especificamente da articulação da gestão da ESF com as equipes de saúde e a comunidade, dividindo-se em dois subtemas, a saber: 1) Características da articulação dos gestores da ESF com as equipes de saúde e a comunidade e 2) Finalidades da articulação dos gestores da ESF com as equipes de saúde e a comunidade. Da articulação com as equipes de saúde e a comunidade foi possível apreender com quem é feito o contato, de quem é a iniciativa e em que relação de tempo e organização as ações de articulação acontecem, no sentido de pontualidade ou continuidade; e de programação ou espontaneidade. O terceiro subcapítulo descreve a experiência de devolução dos resultados parciais da pesquisa aos gestores da ESF, perante a realização de um Seminário Temático. Diante dos resultados encontrados, verificou-se que o processo de trabalho dos gestores da ESF estudados pode assumir um caráter mais dialógico, no sentido de articulação e negociação com os atores envolvidos na produção de saúde ou um caráter mais vertical e controlador. À guisa de conclusão, depreende-se que o processo de trabalho dos gestores da ESF na 3ªCRS/RS apresenta fortalezas e fragilidades, relacionadas à concepção de gestão que estrutura seu trabalho. Nesse caso, sugere-se a revisão de algumas práticas, de modo que a co-gestão seja a concepção preferencialmente utilizada para a administração da Saúde da Família, vislumbrando a produção de valores-de-uso; ou seja, à satisfação de necessidades humanas, tanto das equipes de saúde quanto da comunidade.

**Descritores:** Programa Saúde da Família. Gestão em saúde. Sistema Único de Saúde.

## ABSTRACT

FIGUEIREDO, Paula Pereira de. Process of work of the management of the Strategy Health of the Family: a study on management conception and its connection to health teams and the community. 2008. 176 sheets. Dissertation (Master's on Nursing) – Post Graduation Program on Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande.

This study mainly aims at analyzing the work process of city managers of the Family Health Strategy (FHS) and its connection to the health teams and the community in the area served by the Third Health Regional Coordination of Rio Grande do Sul (3<sup>a</sup>CRS/RS). Transversal and explicative character study, presenting a predominantly qualitative nature. The data were collected through semi-structured recorded interviews, in the months of November and December 2006; along the managers of FHS belonging to city towns in the 3<sup>rd</sup> CRS/RS, with a total of 15 subjects. The data thematic analysis gathered a dialectic approach, following the steps of the pre-analysis, exploration and treatment of the material and results interpretation. The data was presented in three sub chapters, in which the first is connected to actions developed in the management work process of the FHS, synthesized in three sub themes: 1) Family Health Functioning/Organization Actions; 2) Permanent or continuous Education/Preparation Actions; 3) Evaluation and Monitoring Actions. From this studied work process, two management conceptions are learned, where in the first one relates to the classical/traditional management, in which we highlight the administration of material and human resources; the work standardization; and the imposition of responsibilities and work control. The second conception refers to the precepts of co-management, in which the sharing of decisions among managers, health teams and the users is gathered; the respect to the teams' autonomy; the negotiation of responsibilities and the evaluation and monitoring of the satisfaction from the teams and/or the community. The second sub chapter deals more specifically with the connection of FHS management with the health teams and the community, being divided into two sub themes, which are: 1) Connection characteristics of FHS managers with the health teams and the community and 2) Connection purposes of the FHS managers with the health teams and the community. From this connection with the health teams and the community, it was possible to know who writes the contract, whose initiative it is and in which relation between time and organization the connection actions occur, in the sense of punctuality or continuation; and of programming or spontaneity. The third sub chapter describes the experience of giving back partial results of the research to the FHS managers, through the presentation of a Thematic Seminar. Concerning the results found, it was noticed that the work process of the studied FHS managers may assume a more **dialogical** character, in the sense of connection and negotiation with the subjects involved in the health production or a more vertical and controlled character. Just as we conclude it, it is seen that the work process of FHS managers in the 3<sup>rd</sup> CRS/RS presents strengths and weaknesses, related to the conception of management which structures its work. Therefore, it is suggested to reanalyze some practices, so that the co-management is the preferably used conception for the administration of Family Health, catching a glimpse of the production of **usage values**; i.e., to the satisfaction of human needs, either in the teams as well as in the community.

**Key Words:** Family Health Program. Health Management. Single Health System.

## RESUMEN

FIGUEIREDO, Pereira de Paula. Proceso de trabajo de la gestión de la Estrategia Salud de la Familia: un estudio desde la concepción a la gestión y su articulación con los equipos de salud y la comunidad. 2008. 176 hojas. Disertación (Maestría en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería, *Universidade Federal de Rio Grande, Rio Grande*.

Este estudio tiene por objetivo general, analizar el proceso general de trabajo de los gestores municipales de la Estrategia Salud de la Familia (ESF) y su vinculación con los equipos de salud y de la comunidad en virtud de la Tercera Coordinación Regional de Salud del *Rio Grande do Sul* (3<sup>a</sup> CRS / RS ). Estudio de carácter explicativo y transversal, presentando la naturaleza predominantemente cualitativa. Los datos fueron recolectados a través de entrevistas semiestructuradas registrada en los meses de noviembre y diciembre de 2006, junto a los gestores del ESF pertenecientes a 12 ciudades de la 3<sup>a</sup> CRS / RS, el total de 15 sujetos. El análisis temático de los datos congregó a un enfoque dialéctico, siguiendo los pasos de -análisis, explotación y procesamiento del material y la interpretación de los resultados. Los mismos se presentan en tres subcapítulos, donde la primera se refiere a las acciones desarrolladas en el trabajo de la gestión de ESF, que se resumen en tres subtemas: 1) Acciones de Organización/Funcionamiento de la Salud de la Familia, 2) Acciones de formación / educación permanente o continua, 3) Acciones de Monitorizar y Evaluar. Aprehéndanse de esto proceso de trabajo estudiado dos concepciones de gestión, la primera relacionase a la gestión clásica/tradicional, donde se da destaque a la administración de recursos materiales y humanos; la estandarización del trabajo; y la imposición de responsabilidades y controle del trabajo. La segunda se refiere a los requisitos de co-gestión, que incluye el intercambio de decisiones entre los gestores, los equipos de salud y los usuarios, el respeto a la autonomía de los equipos, la negociación de las responsabilidades y el seguimiento y la evaluación de satisfacción de los equipos y / o comunidad. La segunda subsección se refiere más específicamente con la gestión de la ESF junto con los equipos de salud y la comunidad, se dividiendo en dos subtemas, a saber: 1) características de la articulación de la ESF con los articuladores de los equipos de salud y de la comunidad y 2) finalidad la articulación de los gestores da ESF con los equipos de salud y la comunidad. De la articulación con los equipos de salud y la comunidad fue posible aprehender con quien es hecho el contacto, de quien es la iniciativa y en que relación de tiempo y organización las acciones de articulación acontecen, en el sentido de puntualidad o continuidad; y de programación o espontaneidad. El tercero subcapítulo describe la experiencia de devolución de los resultados parciales de la investigación a los gestores de la ESF, frente a la realización de un Seminario Temático. Frente a los resultados encontrados, fue posible verificar que el proceso de trabajo de los gestores de la ESF estudiados puede tener un carácter más dialogico, de articulación y negociación con los actores involucrados en la producción de salud o de un carácter más vertical y controlador. En conclusión, parece que el proceso de trabajo de la ESF en la 3<sup>a</sup> CRS / RS presenta fortalezas y debilidades, relacionadas con la concepción de gestión que estructura su trabajo. En este caso, se sugiere una revisión de algunas prácticas, a fin de que la co-gestión sea la concepción preferentemente utilizada para la administración de la Salud de la Familia, mirando la producción de valores de uso, o sea, la satisfacción de las necesidades humanas , tanto de los equipos de salud cuanto de la comunidad.

**Descriptor:** Programa de Salud Familiar. Gestión en Salud. Sistema Único de Salud.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> - Elementos constitutivos do processo de trabalho em Marx.....	28
<b>Figura 2</b> - Matriz de Análise do Processo de Trabalho da Gestão Municipal da Estratégia Saúde da Família na 3ª CRS/RS.....	60
<b>Quadro 1</b> - Exemplos de ações desenvolvidas pelas Gestoras da Saúde da Família relacionadas à Organização/Funcionamento da Estratégia.....	69
<b>Quadro 2</b> – Exemplos de ações desenvolvidas pelas Gestoras da Saúde da Família relacionadas à Formação/ Educação Permanente ou Continuada.....	73
<b>Quadro 3</b> – Exemplos de ações desenvolvidas pelas Gestoras da Saúde da Família relacionadas ao Monitoramento e Avaliação.....	77
<b>Quadro 4</b> – Exemplos de depoimentos que identificam com quem é feito o contato das gestoras com as equipes de saúde.....	90
<b>Quadro 5</b> – Exemplos de depoimentos que identificam com quem é feito o contato das gestoras com a comunidade.....	91
<b>Quadro 6</b> – Exemplos de depoimentos que identificam a iniciativa de articulação entre a gestão e as equipes de saúde.....	93
<b>Quadro 7</b> – Exemplos de depoimentos que identificam a iniciativa de articulação entre a gestão e a comunidade.....	95
<b>Quadro 8</b> - Exemplos de depoimentos que identificam a realização da articulação da gestão com as equipes de saúde sob a classificação temporal e organizacional.....	99
<b>Quadro 9</b> - Exemplos de depoimentos que identificam a realização da articulação da gestão com a comunidade sob a classificação temporal e organizacional.....	101
<b>Quadro 10</b> – Exemplos de depoimentos que identificam a finalidade da articulação da gestão com as equipes de saúde.....	104
<b>Quadro 11</b> – Exemplos de depoimentos que identificam a finalidade da articulação da gestão com a comunidade.....	106

**LISTA DE TABELAS**

<b>Tabela 1</b> - Caracterização dos municípios da 3ªCRS/RS participantes da pesquisa quanto ao número de habitantes, número de equipes e tempo de adesão à ESF, em dezembro de 2006.....	52
<b>Tabela 2</b> – Ações desenvolvidas pelas Gestoras da Saúde da Família relacionadas à Organização/Funcionamento da Estratégia.....	67
<b>Tabela 3</b> – Ações desenvolvidas pelas Gestoras da Saúde da Família relacionadas à Formação/ Educação Permanente ou Continuada.....	71
<b>Tabela 4</b> – Ações desenvolvidas pelas Gestoras da Saúde da Família relacionadas ao Monitoramento e Avaliação do processo de trabalho da gestão, das equipes e da satisfação de trabalhadores e usuários.....	74
<b>Tabela 5</b> – Contato das gestoras com as equipes de saúde e a comunidade.....	89
<b>Tabela 6</b> – Iniciativa da articulação da gestão da ESF com as equipes de saúde e a comunidade.....	92
<b>Tabela 7</b> – Classificação temporal e organizacional da articulação da gestão da ESF com as equipes de saúde e a comunidade.....	96
<b>Tabela 8</b> – Núcleos de finalidade da articulação da gestão da ESF com as equipes de saúde e a comunidade.....	102

**LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde  
AMQ - Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família  
ASSEDISA - Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde  
CAPS - Centros de Atenção Psicossociais  
CIB – Comissão Intergestores Bipartite  
CIT - Comissão Intergestores Bipartite  
CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde  
CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e do  
CNS – Conferência Nacional de Saúde  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
NOB – Norma Operacional Básica NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde  
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
PDR - Plano Diretor de Regionalização  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PROESF – Programa de Expansão e Consolidação da Estratégia Saúde da Família  
PSF – Programa Saúde da Família  
SES Secretarias Estaduais de Saúde  
SIAB – Sistema de Informação em Atenção Básica  
SMS - Secretarias Municipais de Saúde  
ST – Seminário Temático  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
USP – Universidade de São Paulo  
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família  
3ªCRS/RS – Terceira Coordenadoria Regional de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>2. REVISÃO DAS PRINCIPAIS REFERÊNCIAS TEÓRICAS .....</b>	<b>26</b>
2.1 O processo de trabalho sob a ótica de Marx.....	27
2.2 A organização do trabalho em Taylor: princípios da administração científica e suas implicações na gestão da saúde .....	30
2.3 Uma revisão acerca do trabalho de gestão no sistema de saúde brasileiro: perspectivas legais a partir do SUS.....	33
2.4 O processo de trabalho dos gestores e sua articulação com trabalhadores e usuários.....	41
2.5 A gestão na Estratégia Saúde da Família: atribuições das esferas federal, estadual e municipal segundo a Política Nacional de Atenção Básica .....	44
<b>3. PROCESSO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....</b>	<b>48</b>
3.1 Caracterização do Estudo .....	48
3.2 Local do Estudo .....	49
3.3 Sujeitos .....	52
3.4 Trabalho de Campo - Coleta de Dados .....	53
3.5 Análise dos Dados.....	58
3.6 Procedimentos Éticos .....	61
<b>4. PROCESSO DE TRABALHO DA GESTÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: AÇÕES DESENVOLVIDAS, CONCEPÇÃO DE GESTÃO E ARTICULAÇÃO COM EQUIPES DE SAÚDE E COMUNIDADE.....</b>	<b>63</b>
4.1 PROCESSO DE TRABALHO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A CONCEPÇÃO DE GESTÃO QUE PERMEIA O AGIR EM SAÚDE .....	66
4.1.1 Ações de organização/funcionamento da Estratégia Saúde da Família .....	66
4.1.2 Ações de formação/educação permanente ou continuada.....	70
4.1.3 Ações de monitoramento e avaliação.....	73
<b>4.2. A ARTICULAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM AS EQUIPES E A COMUNIDADE.....</b>	<b>88</b>
4.2.1 Características da articulação das gestoras da ESF com as equipes de saúde e a comunidade.....	88

4.2.2 Finalidades da articulação das gestoras da ESF com as equipes de saúde e a comunidade .....	101
<b>4.3 DIÁLOGO REFLETIDO COM GESTORES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA .....</b>	<b>118</b>
4.3.1 Apresentação contextual dos Gestores presentes no Seminário Temático.....	119
4.3.2 Operacionalização do Seminário Temático .....	119
4.3.3 Principais aspectos discutidos pelos gestores da ESF.....	122
4.3.4 Algumas considerações sobre a realização do Seminário Temático.....	126
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>128</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>135</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>141</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>172</b>



## 1. INTRODUÇÃO

O estudo do processo de trabalho mostra-se pertinente em todos os cenários, quer seja na administração, na política, na economia, na educação ou na saúde. Especificamente no âmbito da saúde, torna-se deveras conveniente, uma vez que proporciona conhecer as práticas desenvolvidas, a matéria a que se aplica o trabalho e o instrumental utilizado para a modificação de uma dada natureza, em prol da satisfação de necessidades bio-psico-socio-espirituais alheias.

Quando se fala em modificação da natureza no cenário da saúde, pode-se estar referindo à prestação de cuidados em nível individual e/ou coletivo. Pode-se, também, estar-se referindo a uma instância não necessariamente relacionada à assistência direta, denominada de gestão. Para fins deste estudo, a referência será feita a esta segunda natureza, a gestão, que é definida como “a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria” (BRASIL, 1996, p.3). Conhecer os elementos constitutivos do processo de trabalho na gestão da saúde implica, pois, analisar que trabalho vem sendo desenvolvido, ou seja, o próprio trabalho, quem o faz, como o faz, o porquê faz e qual a sua finalidade.

É sabido que o processo de trabalho em saúde vem sofrendo inúmeras modificações no decorrer dos séculos, sobretudo, em relação ao modelo tecnoassistencial e às formas de gestão. Mais especificamente no Brasil, a partir da constitucionalização da saúde, em 1988, e da publicação das Leis Orgânicas, que estabelecem os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990; tem-se percebido a importância dada ao processo de gestão, tendo em vista a descentralização político-administrativa desejada e apregoada pelo novo sistema.

A partir de então, os municípios vêm ganhando autonomia e, ao mesmo tempo, responsabilidades para com a obtenção/manutenção de condições dignas de acesso à saúde de seus munícipes. Compete a essa instância o planejamento, a organização, o controle e a avaliação das ações e dos serviços de saúde, bem como a gerência e a execução dos serviços públicos de saúde (BRASIL, 1990a). Além disso, ao gestor municipal tem sido atribuída a implementação de estratégias nacionais, as quais visam cumprir os princípios de universalidade, integralidade, equidade, acessibilidade e participação popular propostos pela Lei 8.080/90. Dentre estas estratégias, encontra-se a Saúde da Família, programa iniciado em 1994, com a proposta de reorientar o modelo assistencial de saúde no Brasil, a partir da atenção básica (BRASIL, 1997; BRASIL, 2006a).

Inicialmente com a alcunha de programa, a Saúde da Família, hoje consolidada como estratégia, foi criada em conformidade com os princípios do SUS, no intuito de prestar uma assistência mais próxima das famílias, proporcionando facilidade de acesso, continuidade dos cuidados e vínculo com a população, mediante o atendimento de uma clientela adscrita. Além disso, a humanização das práticas de saúde, a democratização do conhecimento do processo saúde-doença, a organização dos serviços e da produção social da saúde estavam entre os objetivos do então Programa Saúde da Família (PSF) (BRASIL, 1997).

Contando com uma equipe mínima, composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde, cada Equipe de Saúde da Família é responsável por no máximo quatro mil pessoas, residentes num território adstrito, dividido em micro-áreas. O processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família (ESF) incorpora a definição, o mapeamento e o reconhecimento do espaço territorial, bem como o cadastramento sistemático das famílias nele adstritas. Além disso, a ESF incentiva a prática de um cuidado familiar ampliado, subsidiada pelo conhecimento da estrutura familiar e, conseqüentemente, das condições de

risco/vulnerabilidade a que os indivíduos possam estar expostos. Não obstante, o processo de trabalho da Saúde da Família busca a valorização, promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, vislumbrando a adequação da assistência às reais necessidades de seu público-alvo (BRASIL, 2006a).

Atualmente, a ESF, expandida a todo o território nacional, apresenta uma cobertura populacional de 46,6% (BRASIL, 2007). No estado do Rio Grande do Sul, alcança a cobertura populacional de 30,8%, estando presente em 392 municípios, distribuídos em 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2007). Ela é vista como uma tática substitutiva da atenção básica tradicional, tendo em vista os resultados positivos que vêm adquirindo ao longo dos seus quatorze anos de existência; mediante a atuação preventiva e de promoção da saúde focada nas áreas de saúde da mulher, da criança, hipertensão e diabetes, bem como no controle da tuberculose e hanseníase (BRASIL, 2006b).

Tamanha relevância da ESF levou o Ministério da Saúde, no ano de 2006, a instituir o fortalecimento da atenção primária como uma das prioridades do Pacto pela Saúde, afirmando a necessidade de consolidar e qualificar esta estratégia como modelo de atenção básica e como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS. Também neste ano, foi criada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), vislumbrando-se a regulamentação da atenção básica e a conseqüente efetivação dos princípios e diretrizes propostos no Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b). Em ambos os documentos, estão registradas as responsabilidades dos gestores nos âmbitos federal, estadual e municipal, oferecendo, então, o caminho a ser trilhado em cada uma das esferas de governo para a concretização das premissas descritas na Constituição Federal e nas Leis Orgânicas, as quais reconhecem a saúde como direito de cidadania, comum a todos os brasileiros.

Aliando a perspectiva inicial sobre processo de trabalho, à expansão e consolidação da ESF como modelo tecnoassistencial de saúde adotado no Brasil, aproveitou-se o ensejo para

analisar o fazer dos gestores desta estratégia, no âmbito da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (3ª CRS/RS).

Para tanto, foram pesquisadas diferentes bases de dados (CAPES, SCIELO, LILACS, BDENF, banco de teses da Universidade de São Paulo [USP] e do próprio Ministério da Saúde), a fim de aprofundar os conhecimentos acerca do processo de trabalho em saúde, com ênfase no fazer dos gestores da Estratégia Saúde da Família. Usaram-se, para isso, os descritores “trabalho” e “programa saúde da família”, além de “saúde da família” e “gestão em saúde”, através dos quais foi possível encontrar estudos como o de Campos (1998); Mota (1999); Fraccolli e Maeda (2000); Azevedo, Braga Neto e Sá (2002); Ribeiro, Pires e Blank (2004); Vanderlei e Almeida (2007), dentre outros. Os textos lidos deram condições de ampliar os horizontes acerca da temática, além de servir como subsídios para justificar a relevância da pesquisa, uma vez demonstrada a sua relevância social para uma melhor gestão e qualidade do sistema de saúde local e regional.

Nesse contexto, apresenta-se o trabalho de Ribeiro, Pires e Blank (2004), no qual os autores referem que a proposta de atenção pretendida pela ESF é um importante desafio aos gestores, tendo em vista a ruptura com o modelo assistencial médico-centrado e especializado, ainda vigente. Os autores explicitam tal posição com base na revisão de alguns estudos<sup>1</sup>, os quais mostram a existência de diversos impasses para a efetivação da estratégia. Dentre os principais, estão a imposição da Saúde da Família pelo Ministério da Saúde; a obrigatoriedade de adesão pelos municípios; a ausência de uma rede de assistência hierarquizada e regionalizada, que atenda à demanda de atenção de média e alta complexidade; além da infra-

---

<sup>1</sup> Mattos, RA. Em busca de novos projetos coletivos. *Ciênc. Saúde Coletiva* 1999; 4:250-2;  
Fertomani, HP. O desafio de construir um novo modelo assistencial em saúde: reflexões de trabalhadores do PSF de uma unidade de saúde de Maringá – PR [Projeto de Qualificação de Dissertação de Mestrado]. Florianópolis: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 2003;  
Souza, HM. Programa de saúde da família. *Rev Bras Enfermagem* 2000, 53:7-16;  
Soares, LT. As atuais políticas de saúde: o risco do desmonte neoliberal. *Rev Bras Enfermagem* 2000; 53:17-24.

estrutura precária das unidades de saúde e demais recursos materiais e da falta de preparo dos recursos humanos para atuação sob este novo modelo tecnoassistencial.

O desafio se constitui, justamente, pela dicotomia entre os benefícios que a ESF vem proporcionando, expressos pelos indicadores de saúde e, ao mesmo tempo, pelos problemas identificados no processo de trabalho de equipes e gestores. Para Ribeiro, Pires e Blank (2004), "a tarefa é desafiadora, já que requer rompimentos, enfrentamentos, criação, opção, ação nas macro, intermediária e micro dimensões" (p. 445). Dentre estas dimensões, está o rompimento do paradigma de burocratização e inflexibilidade da gestão, principalmente relacionado à falta de articulação com os trabalhadores que atuam nas equipes de saúde da família e com a comunidade, a quem se destina o produto do trabalho, ou seja, o próprio trabalho em saúde.

Compreendendo a gestão como ferramenta potencial de transformação do/no SUS, é preciso, portanto, incorporar ao seu processo de trabalho, além das tecnologias duras<sup>2</sup> e leve-duras<sup>3</sup>, as tecnologias denominadas leves<sup>4</sup>, as quais são baseadas nas relações e configuram ao sistema um caráter mais horizontal, preocupado com as necessidades alheias. Sob este prisma, se insere a articulação da gestão com os serviços assistenciais e seus profissionais, bem como com a comunidade, já que, através da sua escuta qualificada, é possível apontar as demandas do serviço, suas fragilidades e as estratégias que podem ser construídas para a melhora na qualidade da assistência e, conseqüentemente, dos indicadores de saúde locais. A não

---

<sup>2</sup> Tecnologia dura é aquela representada pelos "equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais" (MERHY et al, 1997, P.121).

<sup>3</sup> Tecnologia leve-dura são os "saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, fayolismo" (MERHY et al, 1997, P.121). Neste estudo, é importante destacar que tomamos como tecnologia leve-dura não somente os saberes das clínicas médicas e psicanalítica. Numa perspectiva mais atual e, compreendendo que a Clínica em saúde não é somente exercida pela categoria médica, consideraremos a Clínica Ampliada como um saber constitutivo da tecnologia leve-dura. Isso se justifica porque entendemos que a Clínica Ampliada dá conta destas duas anteriores, além das Clínicas exercidas por profissionais enfermeiros, nutricionistas, dentistas, fisioterapeutas e outros mais, que fazem parte do trabalho em saúde no contexto do SUS. Enaltecemos, entretanto, que cada uma destas profissões têm sua Clínica específica, obedecendo seu núcleo de conhecimentos, mas que, mesmo assim, não a deixam de praticar.

<sup>4</sup> Tecnologia leve, por sua vez, são as "tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, automização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho" (MERHY et al, 1997, P.121).

realização de um trabalho focado nessas premissas, corre o risco de fazer ruir a motivação e os créditos dados pelos profissionais de saúde e pela sociedade à referida proposta da Saúde da Família (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004; VANDERLEI; ALMEIDA, 2007).

Mais especificamente, em relação à participação dos profissionais de saúde na gestão, corrobora-se com Fraccolli; Maeda (2000), quando apontam que o processo de trabalho dos gestores necessita mais do que organizar os serviços sob os padrões de eficácia e eficiência. É preciso, pois, fazer com que os trabalhadores, de um modo geral, sintam-se atores<sup>5</sup> "da" e "na" mudança de perspectiva do sistema de saúde. Na conjuntura de trabalho da ESF, torna-se imperial que médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, além de agentes comunitários de saúde, participem com sua singularidade e subjetividade dos processos decisórios no seu cenário de atuação. Conforme sugerido por Campos (1998), é válida a implementação de um sistema de co-gestão, em que profissionais de saúde possam governar junto à outras instâncias eleitas superiores, de forma que as contradições existentes entre os diferentes sujeitos sirvam como aprendizado mútuo e estimulem a discussão, negociação e explicitação de diferenças, levando à vantagens como a melhoria no grau de envolvimento e compromisso das equipes com a instituição e o aumento da felicidade e realização profissional.

A conexão de diferentes processos de trabalho e a valoração da prática assistencial, aliada à construção de consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto de profissionais, bem como quanto à maneira mais adequada de atingi-los, mostra-se uma estratégia de gestão importante, através da qual se pode viabilizar a democratização almejada pelos atores constitutivos do sistema de saúde.

---

<sup>5</sup> À palavra "atores", no contexto deste estudo, atribuiu-se o significado de participação; ou seja, de construção coletiva do processo de trabalho, em que todos os sujeitos envolvidos, independentemente do nível hierárquico que ocupam, têm o direito igualitário de atuação nos âmbitos de assistência e gestão do sistema de saúde, quer sejam eles profissionais de saúde, usuários ou prestadores de serviço, além do próprio gestor.

No que concerne à participação da comunidade no processo de gestão, Campos (1998) aponta que a democratização decisória limita-se à atuação nos Conselhos de Saúde, por meio dos quais os representantes dos usuários podem manifestar seus anseios frente à precarização da assistência, sem, no entanto, ser o suficiente. Ao encontro disso, evidencia-se no estudo de Vanderlei<sup>6</sup> (2005), que a prática dos gestores da ESF ainda encontra-se sob influência do modelo Tayloriano, em que predominam o poder e a burocracia em detrimento da participação popular. Apesar da figura do gerente<sup>7</sup> já ter incorporado os preceitos de democratização, estendidos aos usuários das unidades de saúde da família, parece que os gestores da localidade estudada ainda resistem, já que o centro do seu trabalho são as questões técnicas e financeiras, as quais, em sua opinião, viabilizam o trabalho em loco.

Ao gestor, cabe ainda conhecer o projeto social da comunidade a que atende, além de avaliar como se desenvolvem as relações entre ela e as equipes de saúde, seja num contexto em que os usuários são vistos como um conjunto de pessoas que procuram e necessitam dos serviços, ou num sentido de coletividade, em que se consiga perceber qual a identidade sócio-cultural e as condições de vida e saúde a que estão sujeitos. “O desafio posto aos gestores, portanto, [...] é colocar as questões da organização do trabalho na perspectiva das intenções de satisfação de necessidades da população, de aspirações por qualidade, para as quais o trabalho profissional é um dos instrumentos de realização” (MOTA, 1999, p. 248).

Especialmente na região Sul do Brasil, nos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina, encontrou-se um estudo de linha de base produzido por Facchini et al (2006), em que são divulgadas as principais atividades de gestão da Atenção Básica à Saúde. Dentre elas,

---

<sup>6</sup> O estudo de Vanderlei (2005) constitui-se numa tese de doutorado, a qual teve o objetivo geral de “analisar o processo de trabalho da gerência no âmbito municipal através da prática dos gestores e dos gerentes municipais de saúde, como instrumento que possibilita a mudança e/ou reorientação do modelo assistencial voltado para a integralidade das ações de saúde” (p.68). Por ter semelhanças com nosso estudo, o mesmo será tratado especialmente, tendo em vista sua relevância para a análise do contexto a ser pesquisado.

<sup>7</sup> Uma das perspectivas usadas por Vanderlei (2005), descreve o gerente como o responsável pelo trabalho de articulação entre a equipe de saúde com diferentes níveis de poder no âmbito da unidade de saúde ou fora dela, o que culmina no compartilhamento de decisões. A Norma Operacional Básica 01/96, por sua vez, conceitua gerência como sendo “a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc), que se caracteriza como prestador de serviços ao sistema” (BRASIL, 1996).

verificam-se as reuniões com as equipes de coordenação de distrito ou das Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Conselhos Locais e Municipais de Saúde; a sistematização de relatórios de gestão e do Sistema de Informação em Atenção Básica; o acompanhamento dos recursos programados por grupo de procedimentos, considerando programação, produção e faturamento, além da implantação de Ouvidorias do SUS. A supervisão, por sua vez, permanece com um caráter informativo, visando repassar aos profissionais de saúde e aos coordenadores de UBS, normas e procedimentos burocráticos, geralmente associados ao faturamento do SUS ou a reclamações de usuários e da mídia.

A pesquisa de Facchini et al (2006) mostra-se ampla, desvelando a realidade de municípios com características diversas. Além disso, sua amplitude refere-se ao objeto e objetivo de estudo, os quais convergem para o desenvolvimento de um “Projeto Integrado de Capacitação e Pesquisa em Avaliação da Atenção Básica à Saúde” (p.28). Através dele, é proposta a avaliação dos modelos de atenção à saúde e a utilização dos resultados na melhoria do desempenho dos sistemas locais e na redução de iniquidades em saúde. Para tanto, os autores buscaram analisar o impacto do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF) e da ESF em indicadores de desempenho do sistema de saúde e de situação de saúde da população, além de desenvolver um processo de educação permanente com profissionais de saúde dos municípios pesquisados.

Os achados de Facchini et al (2006) são deveras importante, já que proporcionam compreender melhor o processo de trabalho na ESF, especialmente no que se refere ao fazer dos gestores municipais. Entretanto, visualiza-se a necessidade de conhecer os micro-espços de trabalho na gestão da ESF em nível regional, os quais se constituem a estrutura operativa na efetivação dos preceitos apregoados pela Política Pública de Atenção à Saúde da Família. Nesse sentido, tem-se como objeto de investigação desse estudo o processo de trabalho dos gestores municipais da ESF, no âmbito da 3ªCRS/RS, com a proposta de responder às



seguintes questões de pesquisa: Qual é o trabalho desenvolvido pelo gestor da ESF? As ações por ele executadas orientam-se por meio de uma gestão mais clássica, em que predominam o controle e a inflexibilização dos processos decisórios ou; ao contrário, abarcam os preceitos de co-responsabilização e articulação com os demais atores envolvidos na produção de saúde? Como acontece essa articulação da gestão da ESF com as equipes de saúde e a comunidade? De quem é a iniciativa dessa articulação e em que razão de tempo e organização ela é efetuada? As finalidades da prática desenvolvida incluem o incentivo à participação dos trabalhadores e da comunidade na gestão e nos processos decisórios?

Pressupõe-se que a análise do processo de trabalho no contexto pesquisado revele uma prática apoiada nas diretrizes e princípios do SUS, bem como nas características socioambientais do município a que os gestores pertencem. Pressupõe-se, também, que a sua concepção de gestão seja influenciada pela forma com que se comunica com as equipes de saúde e a comunidade, no sentido de estabelecer o protagonismo dos sujeitos e estimular sua autonomia para o exercício de um processo participativo e de co-responsabilidade pela saúde individual e coletiva.

Pressupõe-se, ainda que o processo de trabalho da gestão da ESF evidencie a realização sistemática de ações de articulação com os demais sujeitos envolvidos no processo saúde-doença, no sentido de continuidade e programação, com iniciativa da própria coordenação, tendo como finalidade democratizar as tomadas de decisão em favor da otimização da assistência ao seu objeto de trabalho.

A partir das questões de pesquisa apresentadas e dos pressupostos, propõe-se para o presente estudo o objetivo geral de analisar o processo de trabalho dos gestores municipais da ESF e a sua articulação com as equipes e a comunidade no âmbito da 3ªCRS/RS, e os seguintes objetivos específicos:

- Analisar o processo de trabalho dos gestores municipais da ESF na 3ªCRS/RS, numa relação socioambiental e histórica, a partir da qual se possa apreender a concepção de gestão que permeia o seu agir em saúde;
- Conhecer como é feita e qual a finalidade da articulação dos gestores municipais da ESF com as equipes de saúde e a comunidade, no âmbito da 3ª CRS/RS;
- Devolver aos gestores da ESF da 3ª CRS/RS os resultados da pesquisa sobre o processo de trabalho no tempo em que foi investigado, de modo que identifiquem possíveis fortalezas e fragilidades e possam agir positivamente para a melhora na qualidade da Estratégia no seu âmbito de atuação.

## 2. REVISÃO DAS PRINCIPAIS REFERÊNCIAS TEÓRICAS

Por se tratar de um estudo de análise do processo de trabalho, dentro de uma perspectiva de gestão e em um modelo técnico-assistencial definido, é imprescindível que este referencial teórico incorpore uma matriz conceitual do que seja o processo de trabalho em si, o processo de trabalho na gestão e, especialmente, o processo de trabalho na gestão deste modelo de assistência determinado, denominado de ESF. Nesse intuito, é contemplado, primeiramente, o marco teórico de Marx, numa conjuntura de análise do processo de trabalho, sob os aspectos do trabalho em si, do seu objeto e do instrumental utilizado.

Num segundo momento, serão expostos, brevemente, os princípios da administração científica a partir da teoria de Taylor (1970), a qual subsidia a concepção de gestão considerada como clássica nesse estudo. Na seqüência, são elucidados os aspectos legais da gestão no SUS, utilizando-nos das Leis Orgânicas da Saúde, da Norma Operacional Básica 01/96 e do Pacto pela Vida, documentos estes que vêm contribuindo para a definição dos papéis a serem desempenhados por cada uma das esferas de gestão; cada qual aperfeiçoando, em seu tempo, o fazer dos profissionais incumbidos de gerenciar o sistema de saúde em nível federal, estadual e municipal. A seguir, é tratado o processo de gestão sob a ótica de alguns autores, explicitando o fazer dos profissionais neste campo de atuação no sistema de saúde brasileiro e sua articulação com trabalhadores de saúde e usuários. Este momento também se constituirá numa breve revisão acerca de estudos que vêm sendo desenvolvidos nesta área do conhecimento, a partir dos quais serão buscados subsídios que fundamentem os achados dessa pesquisa.

Por fim, é abordada a gestão na ESF mais especificamente, a partir da revisão da PNAB, promulgada no ano de 2006; além dos documentos oficiais do Ministério da Saúde

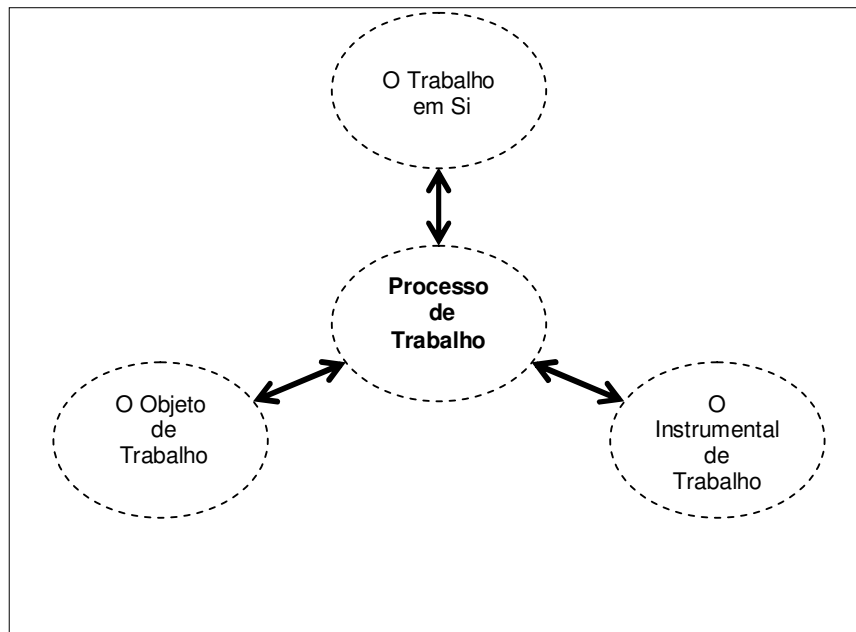
que dispõem sobre as atribuições das esferas gestoras para com a proposta de reorientação do sistema de saúde através da atenção básica e, preferencialmente, da Saúde da Família.

## **2.1 O processo de trabalho sob a ótica de Marx**

Para Marx (1985), o trabalho é definido como um processo de que participam o homem e a natureza, no qual o primeiro busca a modificação da segunda em prol da satisfação de suas necessidades enquanto espécie. A natureza, então, assume uma forma útil à vida humana, de modo a ser modificada ao mesmo tempo em que modifica o homem.

Entende-se como “homem”, neste estudo, o trabalhador gestor das localidades pesquisadas. Por “natureza”, compreende-se o trabalho de gestão e as relações e interconexões necessárias ao desempenho de suas atividades, dentro ou fora do ambiente das coordenações municipais e regional na 3ª CRS/RS. Portanto, trabalho, aqui, pode ser definido como um processo que conta com a participação do gestor e do seu fazer, no qual há, ou deveria haver, uma mudança em ambos os elementos; ou seja, no ser humano e na natureza, para que se alcance a satisfação das necessidades de saúde de uma determinada população. O fazer do gestor, então, enquanto natureza, pode ser percebido como um importante subsídio para a obtenção/manutenção de condições dignas de vida a uma dada comunidade, necessitando ser modificado constantemente pelo gestor, ao mesmo tempo em que exerce uma transformação sobre ele.

Ao processo de trabalho, Marx (1985) imprime três componentes, os quais estão representados na Figura 1.

**FIGURA 1 - Elementos constitutivos do processo de trabalho em Marx.**

Fonte: MARX, K.; 1985

A figura acima demonstra a matriz conceitual sobre a qual foi analisado o processo de trabalho dos gestores da ESF na 3ª CRS/RS. Para tanto, é preciso elucidar o significado dos elementos citados e sua analogia junto ao objeto de estudo. Isso posto, objeto de trabalho é definido como “todas as coisas que o trabalho apenas separa de sua conexão imediata com seu meio natural” (MARX, 1985, p. 203). O objeto de trabalho, pois, é fornecido pela natureza.

No contexto de que se trata, assumem o papel de objetos de trabalho as equipes da ESF e a comunidade a elas adstritas. As equipes constituem os objetos diretos, sobre os quais o gestor foca imediatamente sua atenção. A comunidade, por outro lado, pode ser considerada como objeto indireto, uma vez que o gestor utiliza-se da mediação das equipes para atuar junto a ela. Dependendo de como se comporta o gestor, a comunidade também pode ser considerada objeto direto, estando sujeita à ação direta deste trabalhador, através do estímulo à sua participação nas instâncias de controle social, por exemplo.

O instrumental de trabalho, por sua vez, também denominado de meio de trabalho, é considerado “uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto” (MARX, 1985, p. 203).

Na perspectiva da gestão, sobretudo no contexto da Política de Atenção à Saúde da Família, podem ser considerados instrumentais de trabalho os conhecimentos do gestor acerca do sistema de saúde, bem como a sua fundamentação teórica sobre estatística, epidemiologia, sociologia, teoria geral da administração, psicologia, legislação em saúde, políticas de saúde e administração de recursos humanos, entre outras. Não obstante, constam como meios de trabalho as habilidades de diálogo e negociação com os demais profissionais de saúde e a comunidade, bem como as ferramentas gerenciais representadas pelos Planos de Saúde e Relatórios de Gestão (BRASIL, 2006b; ANDRÉ; CIAMPONE, 2007; SCHNEIDER; MIRANDA; KUJAWA; ANDRADE; BOTH; BRUTSCHER, 2007).

Explicados estes preceitos, é preciso, ainda, a apropriação de um outro arsenal proposto por Marx, composto pelos conceitos de valor-de-uso e mais valia. Na sua concepção, para que o trabalho seja reconhecido como mercadoria, e como tal, seja consumida por alguém, é preciso que esta cumpra com o papel de satisfazer necessidades de qualquer natureza. A esta capacidade, Marx atribui o nome de valor-de-uso. A mais valia, por sua vez, é tida como um valor excedente, ou seja, um valor que transcende esta capacidade de produzir a satisfação de necessidades alheias, sendo reconhecida, pois, pelo lucro que pode ser originado pela venda dos valores-de-uso (MARX, 1985).

Nesse contexto, necessita-se destacar a apropriação da mais valia como elemento constituinte do processo de trabalho em saúde, especialmente no fazer dos gestores, tendo em vista mais que a produção da satisfação das necessidades de saúde da população (valor-de-uso). No cenário da gestão, a mais valia pode ser compreendida sob a ótica da redução de

custos ao sistema de saúde, a partir da melhora dos indicadores de saúde da população, tais como a queda da mortalidade materna e infantil, a redução da morbi-mortalidade por doenças crônico-degenerativas, bem como a diminuição da incidência e/ou prevalência de enfermidades infecto-contagiosas. Além do lucro obtido pela redução com os gastos em saúde/doença, a mais valia pode ser expressa através da imagem favorável que assume o município/região frente às demais localidades de um estado, país e até mesmo internacionalmente; devido ao alcance de resultados positivos. Sob esta perspectiva, a mais valia, aplicada ao processo de trabalho do gestor, pode ser considerada sinônimo de “status” sócio-econômico e político, mediante o reconhecimento dos resultados favoráveis no espaço-ação referido.

A partir do conceito de processo de trabalho e seus elementos, elucidados por Marx, procura-se analisar o trabalho em si dos gestores da ESF no contexto estudado, além das relações existentes entre o ser humano-gestor e seus objetos de trabalho; o instrumental utilizado para isso e a finalidade deste processo, quer seja numa perspectiva de produção de valores-de-uso e/ou mais valia.

## **2.2 A organização do trabalho em Taylor: princípios da administração científica e suas implicações na gestão da saúde**

Frederick Winslow Taylor (1856 - 1915), considerado o "Pai da Organização Científica do Trabalho", buscou em sua obra contribuir para o desenvolvimento industrial do século XX, substituindo processos de trabalho rotineiros por outros deduzidos de análises prévias. É marcante em sua teoria a verticalização do sistema de produção, indo ao encontro do método cartesiano; além da divisão e especialização do trabalho e da remuneração por produção. Nessa perspectiva, Taylor fala em prosperidade, tanto para o empregador quanto

para o empregado, sendo esta entendida pelo primeiro como o baixo custo de produção, enquanto para o segundo representa a alta remuneração. O objetivo mais importante de ambos deve ser a formação e aperfeiçoamento do pessoal da empresa, de modo que os homens possam executar em ritmo mais rápido e com maior eficiência os tipos mais elevados de trabalho, de acordo com suas aptidões naturais (TAYLOR, 1970).

Para Taylor, mesmo o trabalhador mais competente é incapaz de compreender sozinho a execução de seu trabalho, o que obriga a orientação e auxílio de colaboradores e chefes. Assim, todas as tarefas necessitam ser precedidas, diariamente, de atividades preparatórias da direção, que habilita os operários a fazerem seu trabalho mais rápido e melhor; o que incentiva a produção e impede a execução do trabalho à luz da inspiração própria de quem o faz, evitando-se a "vadiagem no trabalho". Taylor deixa claro que "na maioria dos casos, um tipo de homem é necessário para planejar e outro tipo diferente para executar o trabalho (TAYLOR, 1970, p. 50)".

Estas características marcantes da obra de Taylor levam à mecanicização do trabalho e expropriação do sujeito, na medida em que ele é impedido de executar a tarefa de acordo com suas inspirações e, sobretudo, é obrigado a enquadrar-se a um modelo pré-estabelecido pela direção, numa relação de tempo e movimento. Sem qualquer flexibilidade na maneira de organização do trabalho, o sujeito torna-se objeto de uma sistemática, na qual é apenas a peça de execução. Ao encontro de Carvalho (2002), o cálculo operacional advindo dos instrumentos modernos de trabalho supõe um sujeito sem nenhuma singularidade, para o qual não há espaço para o desdobramento de traços que lhe sejam próprios. Na perspectiva da individualização no trabalho automatizado, a autora refere que:

"os sujeitos são alocados num sistema no qual só há lugar para as respostas fixadas pelo funcionamento técnico que organiza as situações. O sujeito está lá, mas ele não deve se representar na situação, pois ele já se encontra fixado, solidificado numa resposta determinada pela montagem técnica (CARVALHO, 2002, p. 26)".



Quando se pensa nas influências da teoria de Taylor no campo da saúde, logo são evidenciadas diversas características da organização tecnológica do trabalho semelhantes à sua proposta, o que demonstra a perpetuação das idéias taylorianas ao longo do tempo. Há algumas décadas, vêm se debatendo os efeitos negativos da organização do trabalho taylorista sobre os trabalhadores, destacando-se a fragmentação do trabalho, com separação entre concepção e execução que, associada ao controle gerencial do processo e à hierarquia rígida tem levado a desmotivação e alienação dos indivíduos, bem como a desequilíbrios nas cargas de trabalho (MATOS; PIRES, 2006).

No cotidiano de trabalho, os serviços de saúde ainda são governados segundo diferentes variações do taylorismo. Apesar de alguns avanços relacionados à participação popular na saúde, ainda vigora a lógica tradicional de gerência, em que o poder é centralizado aos chefes, há controle direto sobre a realização de procedimentos técnicos (produtividade) e sobre o comportamento formal de funcionários (cumprimento de horários, relatórios), além da elaboração centralizada de programas e de normas reguladoras do atendimento e a quase ausência de comunicação tanto entre serviços em relação horizontal de poder, quanto aos distintos níveis hierárquicos.

Nessa perspectiva, corrobora-se com Fraccolli e Maeda (2000), quando afirmam que as formas de gerenciar serviços de saúde na atualidade guardam relações históricas com os diferentes modos de produção social que se conformam na sociedade através dos tempos. A tecnologia gerencial em saúde adota padrões provenientes de modelos de produção industrial, manifestos pela segmentação do trabalho e por formas de gestão não centradas no usuário. Por outro lado, simultaneamente, algumas mudanças vem sendo verificadas na organização do trabalho, provocadas pelo avanço e instituição de diferentes modelos técnicos-assistenciais.

O que se identifica, portanto, é que

a partir dos anos 80 foram sendo difundidas, alternativas administrativas, de gestão e organização do trabalho que estão associadas, frequentemente, à

superação dos modelos taylorista/fordistas de organização do trabalho, na medida em que podem favorecer a participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão. Enfatizam a cooperação; a valorização de grupos de trabalho; a diminuição de níveis hierárquicos; autogerenciamento por setores e áreas; delegação de tarefas, responsabilidade compartilhada e transparência nas decisões (MATOS; PIRES, 2006, p.510).

Sob essa perspectiva, parte-se para o próximo subcapítulo, o qual retrata brevemente uma revisão do processo de trabalho de gestão no sistema de saúde, até os tempos atuais, com o advento do SUS.

### **2.3 Uma revisão acerca do trabalho de gestão no sistema de saúde brasileiro: perspectivas legais a partir do SUS**

Sabe-se que muitas foram as propostas discutidas no Brasil acerca do trabalho em saúde e sua organização ao longo do tempo. Passou-se do trabalho “artesanal” dos pajés e demais sacerdotes, na Antigüidade, à divisão do trabalho em áreas do conhecimento e profissões, na Idade Média; do Sanitarismo Campanhista do início do século XX, à criação e consolidação do atual sistema de saúde, SUS. No decorrer desse tempo foram pensadas e praticadas diversas formas de produção e gestão da saúde, as quais demonstravam, consideravelmente, a centralização das decisões, primeiramente, na figura de um ator em particular, passando a uma área do conhecimento ou profissão e chegando à hierarquização num nível de gestão central, representada pelo governo federal (PIRES, 1998; POLIGNANO, sd; LUZ, 2000).

Entretanto, as dificuldades impostas por estas formas centradas e concentradas de administrar a saúde tornaram-se evidentes, sobretudo, nos últimos trinta anos. Embora em muito se tenha modificado o processo de trabalho em saúde, o mesmo continuava a sofrer,

acentuadamente, as influências das teorias capitalistas, no sentido de manter a dualidade entre aqueles que gerenciavam e controlavam o trabalho e aqueles que efetivamente o desenvolviam. Devido à falta de especificidade na alocação de recursos e na programação das ações de saúde, as quais não consideravam as iniquidades regionais, a forma centralizada de gestão no nível federal foi sendo contestada por diferentes grupos.

Nessa perspectiva, surgiram alguns movimentos, organizados por profissionais de saúde, estudantes e professores universitários, bem como pela própria população brasileira, a fim de reivindicar a construção de um sistema de saúde universal, preocupado com as prioridades regionais e que integrasse além das ações curativas, ações de promoção e prevenção em saúde, em nível individual e coletivo. Em consonância com estes preceitos, os movimentos estabelecidos lutaram pela descentralização político-administrativa da gestão, de forma que estados e, principalmente, municípios, ganhassem autonomia para gerenciar a saúde em nível local, com o propósito principal de estabelecer suas prioridades e investir em suas fragilidades (LUZ, 2000; BARATA; TANAKA; MENDES, 2004).

A partir desta organização da sociedade em prol de um sistema de saúde que contemplasse os princípios de universalidade, integralidade, equidade e participação popular, além da descentralização político-administrativa como diretriz, realizou-se a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), no ano de 1986; cujo espaço de ação e discussão originou novas propostas para a constitucionalização da saúde e seu reconhecimento enquanto direito social, comum a todos os cidadãos brasileiros (BRASIL, 1986; PAIM, 1998; RODRIGUEZ NETO, 1998).

Em decorrência dessas discussões e reflexões provocadas pela VIII CNS, organizou-se o movimento de Reforma Sanitária, o qual acelerou o processo de reconhecimento da saúde enquanto direito universal, culminando com o seu registro na constituição brasileira de 1988 e com a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde, em 1990, as quais dispõem sobre: a) “as

condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” - Lei nº 8.080/90 e b) “a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde” - Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990a; BRASIL, 1990b; PAIM, 1998; RODRIGUEZ NETO, 1998).

É iniciado o processo para o que se constitui hoje, o SUS, o sistema de saúde brasileiro que tenta romper com a concentração do poder decisório no nível federal, através do estímulo à municipalização e à participação popular, como formas de superar as iniquidades no acesso e na prestação dos serviços de saúde. A partir de suas prerrogativas, o SUS propõe direção única em cada esfera de governo, ou seja, nos âmbitos federal, estadual e municipal, respectivamente representadas pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias Estadual e Municipal de Saúde. Através da promulgação das Leis Orgânicas, então, ficou estabelecida e regulamentada a descentralização político-administrativa da saúde no Brasil, a qual envolve, além da responsabilidade para com a gestão financeira, a transferência de responsabilidades para cada um dos níveis envolvidos (BRASIL, 1990a; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Segundo a Lei nº 8.080/90 é atribuição da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios a administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde. Isso quer dizer que, em cada instância, os gestores assumem o compromisso de transformar os recursos recebidos em ações que correspondam às necessidades e prioridades de saúde da população, num determinado tempo e espaço. Particularmente aos municípios, compete o planejamento, a organização, o controle e a avaliação de ações e serviços de saúde, além do gerenciamento e execução dos serviços públicos de saúde. À direção estadual, por sua vez, compete promover a descentralização dos serviços e ações de saúde para os

municípios, prestando a eles o apoio técnico e financeiro necessário ao cumprimento de suas atribuições (BRASIL, 1990a).

A Lei nº 8.142/90 define a constituição das Conferências e dos Conselhos de Saúde, instâncias colegiadas que, seguindo suas particularidades, servirão de suporte aos gestores para a administração do setor saúde, ao mesmo tempo em que representam os interesses da população, dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviço. Às Conferências de Saúde, realizadas a cada quatro anos, compete a avaliação da situação de saúde em cada nível de gestão, ao mesmo tempo em que propõem diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes. Por conseguinte, aos Conselhos de Saúde cabe a formulação de estratégias e o controle da execução da política de saúde na instância correspondente, de forma permanente e deliberativa (BRASIL, 1990b).

Apesar de as Leis Orgânicas serem um marco para a descentralização da saúde no Brasil, ainda não seriam estes documentos os responsáveis pela concretização de tal diretriz no sistema de saúde. Foi necessária, também, a publicação de algumas portarias sequenciais, a fim de indicar o caminho real para que efetivamente ocorresse a democratização na gestão dos serviços de saúde. Tais portarias, intituladas de Normas Operacionais Básicas (NOB's), tinham o objetivo de operacionalizar o que a Lei nº 8.080/90 dizia em relação aos princípios e diretrizes do SUS e a Lei nº 8.142/90 instituía acerca das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Sob este enfoque, foram criadas as NOB's SUS 01/91, 01/92, 01/93 e 01/96, que, à sua maneira, deram início ao processo de municipalização da saúde. As primeiras, servindo mais como mola propulsora à implementação da diretriz operacional do SUS, foram responsáveis pela aproximação real do município com as questões técnico-operacionais do sistema, embora mantivessem um caráter centralizador, devido ao repasse financeiro da esfera federal ao município, condicionado à produção; além de terem levado à perda da função articuladora e

negociadora do Estado. À NOB 01/93 coube a implementação, de fato, da transferência de recursos “fundo a fundo” na medida em que os municípios aderissem a uma das formas de gestão propostas, quais sejam: incipiente, parcial e semi-plena (LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

Por seu caráter transitório, cada NOB foi reeditada ou substituída por outra, à medida que o processo de descentralização avançava, permitindo a atualização das regras em diferentes estágios de implementação do SUS. Nessa perspectiva, foi publicada a NOB 01/96, a qual objetivou consolidar a descentralização da gestão aos municípios, a partir da caracterização das responsabilidades sanitárias de cada gestor; da reorganização do modelo assistencial; fortalecimento da gestão do SUS, compartilhada entre as três esferas; e do estabelecimento de vínculos entre o cidadão e o sistema de saúde (BRASIL, 1996; LEVCOVITZ; LIMA; MACHADO, 2001).

A partir da NOB SUS 01/96 foram criadas para os estados duas condições de gestão, a saber: avançada do sistema estadual e plena do sistema estadual. Para os municípios, as condições estabelecidas foram a gestão plena da atenção básica e a gestão plena do sistema municipal. Para cada uma destas, foram previstas modalidades de repasse/transferência de recursos federais, divididas entre o custeio da assistência hospitalar e ambulatorial e as ações de vigilância sanitária e epidemiológica; considerando-se que as formas de gestão plena do sistema estadual e plena do sistema municipal, receberam maior autonomia para prover a assistência à saúde, em comparação com a avançada do sistema estadual e plena da atenção básica, respectivamente (BRASIL, 1996).

Além disso, a NOB 01/96 regulamentou a criação de duas instâncias decisórias no SUS, denominadas de Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB). A CIT é composta, paritariamente, por representação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional

de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). A CIB, por sua vez, mantém-se igualmente paritária, contando com a representação da Secretaria Estadual de Saúde e do CONASEMS. A partir de então, ambas as comissões, enquanto colegiados de negociação, têm o papel fundamental de articulação entre as esferas de gestão, seja em nível estadual ou nacional. Quanto à representação dos demais segmentos (usuários, profissionais e prestadores de serviços), a NOB 01/96 manteve as prerrogativas da Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1996).

As Normas Operacionais do SUS, de forma geral, constituíram-se em importantes instrumentos de regulamentação do processo de descentralização, à medida que estabeleceram mecanismos e critérios para a transferência de responsabilidades e recursos da esfera federal para as instâncias estaduais e municipais. Entretanto, o próprio avanço da descentralização evidenciou a necessidade de enfrentamento de outros problemas, em relação à gestão e à assistência em saúde, dentre os quais destacam-se: o financiamento da saúde atrelado à produção de serviços; a dificuldade de acesso à assistência de média e alta complexidade, face à enorme concentração desses serviços em poucos municípios; e a baixa resolutividade dos problemas mais frequentes dos usuários, devido às limitações dos estados em planejar e coordenar a rede de atenção à saúde em conjunto com os municípios (SOUZA, 2001).

Estas questões levaram o Ministério da Saúde a instituir as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), nos anos de 2001 e 2002. A partir destes documentos ficou estabelecida a construção de redes assistenciais adequadas para o atendimento da população, nos níveis de média e alta complexidade, bem como no atendimento básico à saúde bucal, à saúde da mulher, da criança, dos hipertensos e diabéticos, portadores de tuberculose e hanseníase, além das urgências e emergências. Essa assistência, por sua vez, deveria seguir os princípios de equidade, hierarquização e regionalização, através dos quais a população teria acesso aos serviços de que necessitasse, em todos os níveis de assistência e o mais próximo possível de seu domicílio (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002).

Operacionalmente, as NOAS propuseram aos estados a divisão do seu território em regiões/microrregiões de saúde, definidas segundo critérios sanitários, epidemiológicos, geográficos, sociais, de oferta de serviços e de acessibilidade. Essa seria a primeira etapa do denominado Plano Diretor de Regionalização (PDR), a ser coordenado pelo gestor estadual em parceria com os municípios. Além disso, o PDR deveria incluir o diagnóstico dos principais problemas de saúde do território e das prioridades de intervenção; a constituição de módulos assistenciais resolutivos, que dessem conta do primeiro nível de média complexidade e fossem formados por um ou mais municípios, visando garantir o suporte às ações de atenção básica; o estabelecimento dos fluxos de referência para todos os níveis de complexidade e os mecanismos de relacionamento intermunicipal; além do Plano Diretor de Investimentos, o qual procura suprir as lacunas assistenciais identificadas, de acordo com as prioridades de intervenção (BRASIL, 2001; BRASIL, 2002).

Apesar dos esforços dirigidos à consolidação do sistema de saúde brasileiro, as diversas experiências de hierarquização e descentralização instituídas demonstraram a existência de problemas a serem superados para a efetivação do SUS. Essa realidade, discutida pela sociedade, por profissionais de saúde e por gestores, constituiu-se em pauta das últimas Conferências de Saúde. Em consequência dessa profunda análise do SUS no contexto pós NOB's, originou-se uma nova proposta de pactuação e definição de responsabilidades aos gestores, que, depois de discutida e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, em fevereiro de 2006, resultou no chamado Pacto pela Saúde (SCHNEIDER; MIRANDA; KUJAWA; ANDRADE; BOTH; BRUTSCHER, 2007).

Este Pacto é o que existe de mais atual no que concerne à determinação de diretrizes para a efetivação da descentralização político-administrativa no SUS. Ele define as áreas prioritárias de atenção à saúde, através do Pacto pela Vida; a concretização dos princípios e diretrizes do SUS, através do Pacto em Defesa do SUS; e as responsabilidades claras de cada



ente federado, e o conseqüente fortalecimento da gestão compartilhada e solidária do SUS, através do Pacto de Gestão. Neste estudo, considera-se de extrema importância o Pacto de Gestão, tendo em vista que ele radicaliza a descentralização de atribuições do Ministério da Saúde para os estados e os municípios, seguido da desburocratização dos processos normativos. Além disso, reforça a territorialização da saúde como base para a organização dos sistemas através da instituição de colegiados de gestão regional e incentiva a participação e o controle social, mediante o reconhecimento do dever dos gestores em destinar maior orçamento para o exercício do controle social (BRASIL, 2006b).

Seguindo a tendência dos documentos normativos do SUS, descritos anteriormente, é importante destacar que o Pacto pela Vida reconhece o espaço conquistado pela atenção básica na rede de serviços do SUS, uma vez que propõe o incentivo à implementação da ESF. Sob essa perspectiva, o Pacto sugere que a ESF seja a estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, suscitando a promulgação da PNAB, ainda no ano de 2006. Em consonância com os preceitos de descentralização político-administrativa que regem o SUS, a PNAB também estabelece as atribuições dos gestores em cada um dos níveis federados, as quais são melhor especificadas no sub-item 2.5 deste referencial teórico (BRASIL, 2006a; BRASIL, 2006b).

Ao final deste subcapítulo, é possível identificar os diferentes momentos pelos quais passou o sistema de saúde brasileiro e, especialmente, o processo de trabalho dos seus gestores, indo da centralização das ações e decisões a uma pessoa ou profissão à democratização apregoada pelas Leis Orgânicas, as NOB's, as NOAS e o Pacto pela Saúde.

Nesse retrospecto histórico, identificam-se muitos avanços, entretanto, sabe-se que ainda há muito a evoluir. O que foi abordado aqui é a história de um sistema de saúde em construção, necessária a este estudo porque subsidia a análise e discussão dos seus resultados. Sabe-se que os gestores estudados sofreram e continuam sofrendo as influências deste

contexto sócio-histórico e político, mesmo que no tempo em que as entrevistas semi-estruturadas foram realizadas talvez não houvesse uma apropriação do Pacto pela Saúde, por exemplo. Entretanto, o mesmo é parte de uma nova história, a partir da qual se pode sugerir modificações/adequações no trabalho dos gestores da ESF na 3ª CRS/RS.

## **2.4 O processo de trabalho dos gestores e sua articulação com trabalhadores e usuários**

Neste sub-capítulo, tem-se a tarefa de expor, primeiramente, o conceito de gestão que subsidia a análise dos dados, o qual necessita ir além daquele descrito na NOB 01/96 e trazido na introdução. É preciso, pois, ampliar a noção de que gestão é meramente a “atividade e responsabilidade de dirigir um sistema de saúde” e compreender que se está frente a um cenário bastante complexo. Segundo Barros; Barros (2007, p. 62), “gestão não é apenas organização do processo de trabalho, mas é o que se passa entre os vetores-dobras que o constituem”; em que os “vetores-dobras” são os interesses, desejos, necessidades, saberes e poderes que podem influenciar o trabalho de gestão, além das próprias políticas públicas.

Isso significa dizer que a gestão não é apenas um conjunto de aspectos organizacionais, mas, sobretudo, é um compilado flexível daquilo que o gestor é enquanto sujeito e enquanto trabalhador; que, ao mesmo tempo em que constrói o trabalho, é construído por ele. Dessa forma, quando se propõe analisar o processo de gestão, não se podem separar os desejos, necessidades, interesses e a subjetividade do trabalhador, além de ser levado em conta seus conhecimentos e a forma como os transmite aos demais atores envolvidos no processo de produzir saúde; aqui entendidos como as equipes da ESF e a comunidade. Não se pode esquecer, ainda, das políticas públicas que cerceiam a produção de saúde, dentre as quais

se destacam as Leis Orgânicas do SUS e a própria PNAB. Tendo em vista essas diferentes dimensões que integram o conceito de gestão, é preciso atentar para como elas influenciam a articulação do profissional gestor aos demais trabalhadores da saúde e à comunidade.

Com apoio na revisão de alguns autores, percebeu-se o quão difícil tem sido unir a instância gestora aos demais atores constitutivos do trabalho em saúde, como apontam Fraccolli; Maeda (2000). Os autores afirmam que o ambiente da gestão não possibilita a participação dos trabalhadores e desconsidera a natureza humana no processo de produção de saúde. Santos-Filho (2007), aponta a dificuldade de alguns gerentes locais, com perfil centralizador, em delegar e dar autonomia para as equipes planejarem suas ações, além da pouca estimulação dos trabalhadores para a implementação de colegiados gestores e ampliação de sua participação na pactuação de ações. A não utilização da capacidade inventiva dos profissionais de saúde na constituição do sistema, por sua vez, pode desencadear o tripé “dor-desprazer-trabalho”, em que o trabalhador fica restrito à pura execução de tarefas, sentindo-se amputado de saberes, poderes e desejos no seu processo de trabalho (BARROS; BARROS, 2007).

Para desfazer, portanto, essa relação de sofrimento, Barros; Barros (2007) apontam a co-gestão como alternativa, a qual pode ser desenvolvida pelo aumento no grau de democracia interna nas organizações de saúde; pela problematização da relação entre a atividade da gestão e a gestão da atividade; e pela circulação da palavra e tomadas de decisão mais participativas.

Santos-Filho complementa essa idéia, considerando que a articulação do gestor com os profissionais pode acontecer a partir da estimulação e orientação efetiva das equipes para a organização do seu processo de trabalho; do apoio à implementação de projetos de educação permanente; do reforço à importância do trabalho orientado por metas, pactuadas de acordo com as singularidades e momento vivido pela equipe; da relação sistemática do gestor com as

unidades de saúde, a fim de estabelecer um planejamento de ações dialógico; além do incentivo e garantia de encontros entre estes atores, para que se efetive a troca de saberes, informações, orientações, problemas e soluções no âmbito da unidade de saúde e da própria gestão. Por fim, corrobora-se com Campos (1998), quando afirma que no processo de co-gestão todos participam do governo, porém, ninguém decide sozinho o que fazer.

Em relação à comunidade, Schneider; Miranda; Kujawa; Andrade; Both; Brutscher (2007), afirmam que, apesar dos avanços significativos verificados no que se refere à participação popular, ainda persistem indícios de uma cultura em que o gestor resiste em discutir com a sociedade o quê fazer e como fazer em termos de práticas e políticas de saúde. A constituição dos Conselhos de Saúde vêm contribuindo para a mudança nesta lógica centralizadora, porém, não basta que a participação comunitária se restrinja à eles. Os autores destacam que os Conselhos não esgotam o protagonismo dos usuários no SUS, sendo necessária a construção de espaços próprios para a discussão de estratégias e ações em saúde.

Sob esta perspectiva, o Pacto pela Saúde firma o compromisso dos gestores para com a representatividade da comunidade no sistema de saúde, deliberando como suas atribuições o apoio ao processo de formação dos conselheiros; o estímulo à participação dos cidadãos na avaliação dos serviços; e o apoio para a implementação de ouvidorias nos municípios e estados. Estas são algumas das medidas encontradas para que a democratização da gestão em saúde chegue àqueles que recebem a assistência.

Finaliza-se esse subcapítulo retomando o conceito de gestão abordado inicialmente, no sentido de enfatizar que os interesses, desejos, necessidades, saberes e poderes do gestor podem contribuir para a manutenção da realidade evidenciada pelos diferentes autores ou, ao contrário, servirem como molas propulsoras de mudança no cenário da política de descentralização instituída pelo SUS.

## **2.5 A gestão na Estratégia Saúde da Família: atribuições das esferas federal, estadual e municipal segundo a Política Nacional de Atenção Básica**

Neste subcapítulo trata-se das atribuições dos gestores federal, estadual e municipal em relação à Atenção Básica em Saúde e, especialmente, à Saúde da Família. A referência principal é a Portaria 648/2006, a qual aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece diretrizes para a organização da atenção básica tradicional no país, bem como as suas formas substitutivas, quais sejam: o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). É a partir desse documento que os referidos programas ficam reconhecidos, formalmente, como estratégias, as quais são, atualmente, consideradas prioritárias para a orientação do sistema de saúde e da Atenção Básica, de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2006a).

Seguindo a perspectiva de descentralização político-administrativa, descrita anteriormente, a Portaria 648/2006 também prevê atribuições e responsabilidades para cada uma das esferas de governo, de acordo com o nível de gestão. No que concerne às Secretarias Municipais de Saúde (SMS), compete ao gestor a organização, execução e gerenciamento dos serviços e ações em Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu limite territorial; além da organização dos fluxos de referência e contra-referência que concedam aos usuários a assistência adequada à satisfação de suas necessidades. Em relação aos recursos humanos, compete à SMS a seleção, contratação e remuneração de profissionais de saúde, bem como a sua instrumentalização para a assistência, através de projetos de educação continuada e incentivo ao processo de educação permanente em saúde. Não obstante, o provento de recursos materiais e insumos para a o funcionamento adequado da atenção básica inclui-se entre as responsabilidades da SMS. Constam ainda como atribuições dessa esfera, o

monitoramento e avaliação da atenção básica, afim de que sejam definidas estratégias para a construção de uma assistência universal, integral e equânime, conforme prevê a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990a; BRASIL, 2006a).

Mais especificamente à ESF, o gestor municipal apresenta como responsabilidade a inserção da estratégia em sua rede de serviços, devendo estabelecer seus objetivos, suas metas e os mecanismos para seu acompanhamento. Também lhe compete assegurar o cumprimento da carga horária de todos os profissionais que atuam na estratégia, realizar e manter atualizado o cadastro destes profissionais, bem como o da população adstrita às equipes de Saúde da Família; além dos demais compromissos com a atenção básica já descritos (BRASIL, 2006a).

As Secretarias Estaduais de Saúde (SES) estão incumbidas de contribuir com a reorientação do modelo de atenção à saúde e estímulo à adoção da ESF pelos municípios; a pactuar estratégias, diretrizes e normas de implementação da atenção básica no Estado, junto à CIB; a elaborar metodologias e instrumentos de monitoramento e avaliação da atenção básica e dispor de recursos estaduais para o financiamento tripartite da atenção básica. Quanto aos recursos humanos, compete à esta instância o desenvolvimento de mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação de profissionais para a gestão, planejamento, monitoramento e avaliação da atenção básica, bem como a disponibilização aos municípios de instrumentos técnicos e pedagógicos facilitadores do processo de educação permanente das equipes, além da realização do Curso Introdutório aos profissionais da ESF que atuem em municípios de até 100 mil habitantes (BRASIL, 2006a).

A gestão estadual é responsável ainda por pactuar os indicadores do Pacto da Atenção Básica junto aos municípios, zelando por sua efetivação. Através da avaliação e monitoramento sistemáticos destes indicadores, cabe ao gestor a divulgação dos resultados obtidos em âmbito local e estadual. Além disso, o Estado deve ser co-responsável pelo monitoramento da utilização dos recursos da atenção básica, transferidos aos municípios pelo

próprio Estado e pelo Ministério da Saúde, cabendo ao gestor a tomada de medidas administrativas quando houver má utilização dos mesmos ou quando a SMS não cumprir com os requisitos necessários ao seu recebimento. Convém também à SES assessorar os municípios para a implantação dos sistemas de informação da atenção básica, além da consolidação, análise e transferência dos dados obtidos para o Ministério da Saúde. Isso é de extrema importância para a avaliação do sistema de saúde e, sobretudo, para o planejamento das ações condizentes com a realidade local e as necessidades de saúde dos cidadãos adscritos ao território estadual (BRASIL, 2006a).

Ao Ministério da Saúde, enquanto esfera federal, compete, essencialmente, o estimular a reorientação da atenção básica e contribuir com as outras instâncias para a implementação da ESF em seus territórios de atuação. Perante isso, é função da instância federativa prestar assessoria técnica aos estados e municípios, quer seja para a qualificação e consolidação da ESF, através da instituição de normas e/ou diretrizes; quer seja para a elaboração de materiais pedagógicos destinados à educação permanente de todos os profissionais envolvidos com a atenção básica e a Saúde da Família. Em se tratando de educação, é também papel da gestão federal apoiar a articulação de instituições de ensino superior às SES e SMS, para capacitação e garantia de educação permanente aos trabalhadores da ESF, além da expansão e qualificação de cursos de Pós-graduação em Saúde da Família (BRASIL, 2006a).

Não obstante, ao Ministério da Saúde está inculcida a responsabilidade para com o monitoramento, avaliação e divulgação de indicadores de saúde nacionais, bem como o financiamento da atenção básica, culminando com a transferência de recursos federais aos Fundos Municipais de Saúde.

Estas são algumas das atribuições da gestão, nos seus variados âmbitos de atuação, elencadas pela PNAB. Elas são direcionadas a uma crescente valorização da atenção básica,

enquanto modelo técnico-assistencial em saúde, através do qual é buscada a hierarquização dos serviços e a racionalização dos recursos em saúde.



### **3. PROCESSO METODOLÓGICO DA PESQUISA**

Esta pesquisa é parte integrante do Macro-projeto intitulado "Trabalho em Saúde e o Contexto Tecnológico da Política de Atenção à Saúde da Família", construído pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Marta Regina Cezar-Vaz, no ano de 2004. O mesmo foi submetido à apreciação da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS), sob o Edital – MS/CNPQ/FAPERGS nº 008/2004, obtendo aprovação.

#### **3.1 Caracterização do Estudo**

Em decorrência da análise do processo de trabalho da ESF, em um determinado tempo histórico sócio-ambiental, este estudo assume um caráter explicativo e transversal. Caracteriza-se, também, por sua natureza predominantemente qualitativa, a qual congrega uma abordagem dialética para a análise temática dos dados.

Segundo Minayo (1994, p.22), a pesquisa qualitativa trabalha “com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações [...]”. Esse espaço, por sua vez, não poderia ser visualizado pela metodologia de natureza quantitativa, exclusivamente, uma vez que se faz necessário contatar com a subjetividade alheia, a qual não permite ser identificada por meio de variáveis. Entretanto, a abordagem dialética, utilizada nessa pesquisa, exige a convergência de ambas as naturezas, qualitativa e quantitativa. Isso se justifica porque a dialética “pensa a relação da quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos. Busca encontrar, na parte, a

compreensão e a relação com o todo[...]" (MINAYO, 1994, p.24-25). Nesse sentido, utilizou-se a natureza quantitativa, ainda que em menores proporções, no intuito de melhor compreender o trabalho dos gestores da ESF, na 3ª CRS/RS.

Corrobora-se com Triviños (2001, p.83) quando diz que “a pesquisa qualitativa não pretende generalizar os resultados que alcança no estudo. Apenas pretende obter generalidades, idéias predominantes, tendências que aparecem mais definidas entre as pessoas que participaram no estudo [...]”. Entende-se, portanto, que os resultados obtidos nessa pesquisa serão condizentes com a realidade local investigada, a qual pode ou não ser considerada em outras regiões do Estado do Rio Grande do Sul e até mesmo do país, por demais especialistas que atuam no campo da saúde coletiva, especificamente, no panorama da ESF.

### **3.2 Local do Estudo**

A Zona Sul do estado do Rio Grande do Sul, local da pesquisa, integra 22 municípios, que compõem a 3ª CRS/RS. Constitui-se por uma região da serra do sudeste e do litoral lagunar do Estado, com a economia baseada em atividades ligadas à produção primária (agropecuária) e à produção de serviços, na qual se destaca estrategicamente o Porto de Rio Grande, único porto marítimo do Estado (CEZAR-VAZ, 2004).

O território em que se encontra a 3ª CRS/RS contabiliza mais de 700.000 habitantes, residentes em aproximadamente 31.000 km<sup>2</sup> de terra, o que representa cerca de 7% da população total do Estado do Rio Grande do Sul ocupando 11% da sua superfície territorial. Além do município de Pelotas, que é a sede da Coordenadoria, fazem parte da 3ª CRS/RS os

municípios de Amaral Ferrador, Arroio Grande, Arroio do Padre, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Chuí, Cristal, Herval do Sul, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Piratini, Pinheiro Machado, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Santana da Boa Vista, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu (CEZAR-VAZ, 2004).

No que se refere à Gestão da Saúde, considerando a hierarquização estrutural do processo de municipalização da saúde intrínseco ao SUS, o município de Pelotas possui a condição de Gestão Plena do Sistema Municipal e os demais, com exceção de um município que ainda não aderiu ao processo, apresentam a condição de Gestão Plena da Atenção Básica (CEZAR-VAZ, 2004).

Nos últimos anos, as condições socioeconômicas desta região vêm se agravando, devido à distribuição desigual da renda *per capita* e à determinação social do processo saúde-doença que, num complexo de causalidades, colocam as instituições de assistência em situação de *impotência* para resolver grande parte das necessidades da população (CEZAR-VAZ, 2004).

As características geoculturais da região impõem um enfrentamento à produção e reprodução da saúde, o que inclui diversas problemáticas não compreendidas e, portanto, não privilegiadas pela estrutura organizacional dos serviços de saúde prestadores de assistência. A especificidade do processo não é considerada na programação dos serviços e os diferentes agrupamentos coletivos chegam de forma espontânea aos locais de atendimento, gerando um conjunto assistencial fragmentado, inadequado e ineficiente, em detrimento a uma assistência epidemiológica de demanda programada e hierarquizada, em acordo com a complexidade do indivíduo, da família e da comunidade, todos inseridos em seu espaço social (CEZAR-VAZ, 2004).

Em relação à participação da comunidade na gestão do sistema de saúde, todos os municípios contam com Conselhos Municipais de Saúde, através dos quais podem manifestar

suas prioridades de atenção e deliberar a implementação de unidades de saúde em território municipal, a exemplo das Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF).

No que concerne à adesão à Política Pública de Atenção à Saúde da Família, é importante destacar que as características do local estudado, abaixo descritas, fazem parte do contexto apresentado em 2006, ano em que os dados foram coletados. Nessa conjuntura, lembra-se que o panorama da ESF na 3ª CRS/RS pode ter sofrido algumas modificações, principalmente relacionadas ao número de municípios que aderiram à estratégia e, conseqüentemente, ao número de equipes implantadas e atuantes no território em questão. Entretanto, é preciso manter essas características, já que os dados foram coletados sob a influência deste período e, certamente, vão indicar a realidade vivenciada nesse espaço de tempo.

No território mencionado, no final do ano de 2006, atuavam 79 Equipes da Saúde da Família, implantadas em treze municípios, o que representava uma cobertura populacional média da ESF de 32%.

No que concerne à caracterização dos municípios, foram obtidas informações quanto ao número de habitantes, ao tempo de adesão à SF e ao número de equipes em atividade em dezembro de 2006, a partir de um consolidado disponível no site da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul/ESF (RIO GRANDE DO SUL, 2006). Essas características estão sintetizadas na Tabela 1<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Tendo em vista a não inclusão de um dos 13 municípios que integram a regional de saúde e que tinham adesão à ESF na época da coleta de dados, a Tabela 1 sintetiza a realidade presente nos 12 municípios que compuseram a pesquisa.

**Tabela 1. Caracterização dos municípios da 3ªCRS/RS participantes da pesquisa quanto ao número de habitantes, número de equipes e tempo de adesão à ESF, em dezembro de 2006.**

<b>NÚMERO DE HABITANTES</b>	<b>% (n=12)</b>
▪ Menos de 10.000 habitantes	33,33% (n=4)
▪ Mais de 10.000 habitantes até 35.000 habitantes	33,33% (n=4)
▪ Mais de 35.000 habitantes	33,33% (n=4)
<b>NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>% (n=12)</b>
▪ Uma equipe	25% (n=3)
▪ De duas a quatro equipes	50% (n=6)
▪ De cinco a dez equipes	8,33% (n=1)
▪ Mais de dez equipes	16,66% (n=2)
<b>TEMPO DE ADESÃO À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>% (n=12)</b>
▪ Até 50 meses	16,66% (n=2)
▪ De 51 a 80 meses	58,33% (n=7)
▪ Acima de 80 meses	25% (n=3)

Fonte: RIO GRANDE DO SUL. Consolidado mensal da Estratégia Saúde da Família no Estado do Rio Grande do Sul. Dezembro de 2006.

### 3.3 Sujeitos

Os sujeitos estudados são trabalhadores gestores da ESF de municípios pertencentes à 3ª CRS/RS, mediante a sua inclusão nos seguintes critérios contextuais: municípios que estivessem na gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde ou Plena da Atenção Básica e que possuíssem adesão à ESF no período da coleta de dados; além da disponibilidade e consentimento dos sujeitos para a realização das etapas de investigação. Perante o cumprimento desses critérios, participaram do estudo 12 de 13 equipes gestoras locais,

salientando-se que em três municípios, devido às suas peculiaridades, a gestão da ESF era composta por mais de um trabalhador, o que totalizou 15 sujeitos.

### **3.4 Trabalho de Campo - Coleta de Dados**

Neste estudo, a entrevista destacou-se como instrumento fundamental à apreensão da realidade a ser analisada. Conforme Minayo (2004, p.107), a entrevista pode ser decomposta em “entrevista aberta, entrevista estruturada, entrevista semi-estruturada, entrevistas através de grupos focais e histórias de vida”. Neste estudo, optou-se pela entrevista semi-estruturada, através da qual se buscou, intencionalmente, recolher informações dos gestores investigados, mediante seus depoimentos.

A entrevista semi-estruturada foi utilizada, então, para a apreensão do processo de trabalho dos gestores e a conseqüente identificação da concepção de gestão que permeia seu agir em saúde; assim como para o conhecimento da sua articulação com as equipes de saúde e a comunidade.

Segundo Triviños (2001, p.85), a entrevista semi-estruturada pode ser vista como “um conjunto básico de perguntas que aponta fundamentalmente para a medula que preocupa o investigador, consistindo em uma das ferramentas utilizadas pela pesquisa qualitativa para alcançar seus objetivos”. A entrevista semi-estruturada utiliza-se de um roteiro de perguntas previamente preparado, a fim de orientar o pesquisador para a obtenção de dados que satisfaçam o objetivo de sua investigação. Contudo, esta modalidade de entrevista permite que sejam inseridas outras questões no momento da investigação, na medida em que estas sejam necessárias para a apreensão da realidade a ser desvelada.

A entrevista semi-estruturada foi então realizada nos meses de novembro e dezembro do ano de 2006, pelos integrantes do Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA/FURG). Para tanto, foi utilizado um roteiro (Apêndice I) com as seguintes questões: 1) “Expõe as atividades que tu desenvolves nesta coordenadoria”, conduzida pelos seguintes eixos: “O que fazes?”; “Como fazes?”; “Onde fazes (em que é aplicado o trabalho)?”; “Com quem fazes?”; “Para que fazes?”; 2) “Articulação entre o trabalho do Coordenador e o trabalho nas Unidades de Saúde da Família”; 3) “Articulação do Coordenador e a comunidade de abrangência do trabalho nas Unidades de Saúde da Família”, ambas conduzidas pelos eixos: “Com quem é feito?”; “Em quais atividades?”; “Como se faz?”; “Para que se faz?”.

Gravada em fita cassete, mediante consentimento, a entrevista foi precedida de um questionário estruturado de identificação dos sujeitos (Apêndice II), o qual considerou informações como sexo, idade, formação e vida profissional dos gestores.

Segundo Cezar-Vaz (2004, p. 20), a proposta consistiu em, “a partir de um protocolo com questões norteadoras, previamente elaborado e testado<sup>9</sup>, permitir ao sujeito trabalhador discorrer sobre suas ações e movimentos na relação com a proposta da atenção à saúde da família”.

Além da entrevista semi-estruturada, com o propósito de contemplar o terceiro objetivo específico desse estudo, realizou-se o denominado Seminário Temático, cuja execução previu a participação dos 15 gestores entrevistados ou, de no mínimo, um representante de cada uma dos 12 municípios investigados no ano de 2006.

Previamente à sua realização, foi efetuado contato com a gestão regional da ESF, a fim de estabelecer a data de execução, a partir do calendário de eventos previstos, e buscar apoio à

---

<sup>9</sup> “Este instrumento foi adaptado a partir da validação e utilização nos estudos de Mendes-Gonçalves (1986, 1994), Almeida (1991) e Cezar-Vaz (1989, 1996, 2003)”.

divulgação do mesmo, assim como discutir a melhor estratégia para o chamamento dos gestores municipais.

Mediante esse contato inicial, foi possível obter os números de telefone, bem como os e-mails dos gestores municipais da ESF, para que se desse seqüência à comunicação sobre o evento e seu propósito, bem como à sensibilização dos sujeitos para a participação.

Diante disso, procedeu-se ao contato telefônico com os Secretários Municipais de Saúde, o qual foi reforçado pelo envio formal do convite nominal por fax ou e-mail (Apêndice III). Através desse documento, foram explicitados o objetivo e a proposta metodológica do Seminário; além de ser solicitada a colaboração para transporte por conta do município. Nesse mesmo contato, foi pedida a confirmação de participação até uma data determinada, a fim de que pudessem ser organizados os grupos de trabalho, bem como o coquetel de encerramento. Como a confirmação não foi obtida, realizou-se outro contato, mediante a participação na Reunião mensal da Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (ASSEDISA), com exposição da proposta de trabalho aos gestores municipais presentes, não necessariamente representantes da ESF, culminando com o envio por e-mail, novamente, dos convites nominais a cada Secretário Municipal de Saúde, através do e-mail da própria ASSEDISA.

Após estes últimos contatos, foi confirmada a presença de representantes de quatro municípios, num total de oito sujeitos, além da coordenadora regional da ESF. Diante disso, o Seminário Temático aconteceu no dia 22 de agosto de 2008, na Área Acadêmica da Saúde Prof. Newton Azevedo – 4º andar, sala 406, localizada à Rua Gen. Osório, s/nº, município do Rio Grande, com duração de quatro horas, cujo período foi dividido em cinco etapas, a saber:

**Etapa I:** Dinâmica de apresentação e sensibilização e distribuição de material pedagógico (Apêndice IV) para o acompanhamento da apresentação dos resultados;



**Etapa II:** Apresentação Multimídia dos resultados da Pesquisa, sob o título de “**DIÁLOGO COM GESTORES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**”;

**Etapa III:** Aproximação dos representantes de cada município e discussão dos resultados apresentados mediante a cópia impressa dos mesmos, subsidiada pela seguinte proposta:

“De acordo com os resultados apresentados, que expressam o processo de trabalho dos gestores da ESF na 3ªCRS/RS, no ano de 2006, o que identifica como semelhança no atual processo de trabalho e o que foi modificado em relação”:

1. À organização/funcionamento da ESF com relação ao próprio trabalho da gestão?
2. À organização/funcionamento da ESF com relação ao trabalho das equipes?
3. À formação/educação permanente da própria gestão?
4. À formação/ educação permanente das equipes?
5. À formação/ educação permanente da comunidade?
6. Ao monitoramento e avaliação do processo de trabalho das equipes?
7. Ao monitoramento e avaliação dos resultados/ produto do trabalho/ indicadores de saúde?
8. Ao monitoramento e avaliação da satisfação da gestão, dos trabalhadores e/ou da comunidade?
9. À articulação da gestão com as equipes da ESF?
10. À articulação da gestão com a comunidade adscrita às áreas de atuação das equipes de saúde da família?

11. Quais são as fortalezas identificadas pelo grupo no que concerne ao trabalho em si e na sua articulação com as equipes e a comunidade, atualmente?
12. Quais são as fragilidades identificadas pelo grupo no que concerne ao trabalho em si e na sua articulação com as equipes e a comunidade, atualmente?
13. Quais são as estratégias que o grupo sugere para a superação destas fragilidades e como estas poderiam ser operacionalizadas no seu âmbito de trabalho?

**Etapa V:** Apresentação ao grande grupo das discussões realizadas pelos representantes municipais, através de exposição dialogada, realizada por um relator de cada município. Esta etapa foi gravada em fita cassete, mediante consentimento dos sujeitos.

**Etapa VI:** Dinâmica de Fechamento, realizada com o propósito de motivar os gestores para a reflexão do seu processo de trabalho e implementação das estratégias sugeridas no desenvolvimento do Seminário Temático.

Salienta-se que integrado aos grupos de sujeitos, estavam os pesquisadores responsáveis pelo estudo, num papel de apresentadores dos resultados e mediadores das discussões; além de três observadores, designados a anotar em um diário de campo as informações concernentes à dinâmica dos grupos. Igualmente à entrevista, os depoimentos originados no Seminário Temático foram gravados em fita cassete, mediante o consentimento dos gestores.

### 3.5 Análise dos Dados

Os dados coletados na entrevista semi-estruturada foram analisados segundo uma dinâmica dialética, em que se considerou o contexto sócio-histórico da gestão em saúde e, mais especificamente, da ESF; corroborando com Minayo (2004, p.230), quando afirma que o uso da dialética em pesquisa promove a incorporação de “aspectos extradiscursivos que constituem o espaço sócio-político-econômico e cultural onde o discurso circula”, levando a uma interpretação aproximada da realidade. Com isso, apostou-se na possibilidade de explicar o processo de trabalho dos gestores locais da ESF na 3ª CRS/RS, subsidiados não somente pelo conteúdo de seus depoimentos, mas também pela estrutura do ambiente em que os sujeitos se inserem cujas influências provavelmente determinem e/ou condicionem o seu trabalho. Sob essa perspectiva, utilizou-se como suporte a própria construção do sistema de saúde e, conseqüentemente, da gestão, num âmbito geral e; mais especificamente, em relação a ESF, enquanto modelo tecnológico de saúde e uma forma particular de gestão em saúde.

Em função da abordagem dialética, é necessária a incorporação de uma fase quantitativa no estudo, representada pelos dados de caracterização dos sujeitos, coletados através do questionário padronizado anterior à entrevista semi-estruturada. Nesse intuito, os dados obtidos foram digitados no programa STATISTICA: Basic Statistics and Tables, Versão 6.0, Edição 98, a fim de serem consolidados em informações de interesse ao estudo.

Operacionalmente, os dados qualitativos foram tratados obedecendo às etapas da análise temática que, segundo Minayo (2004), incluem uma pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação. Primeiramente, os dados provenientes das entrevistas semi-estruturadas e dos seminários temáticos foram devidamente transcritos e digitados no formato Word®, a fim de facilitar as etapas subseqüentes.

A seguir, retomaram-se os pressupostos iniciais da pesquisa e, conforme os dados coletados, procedeu-se à sua reformulação. Para tanto, realizou-se uma leitura exaustiva do texto, de modo a confrontar os dados com o arcabouço teórico que suporta o estudo.

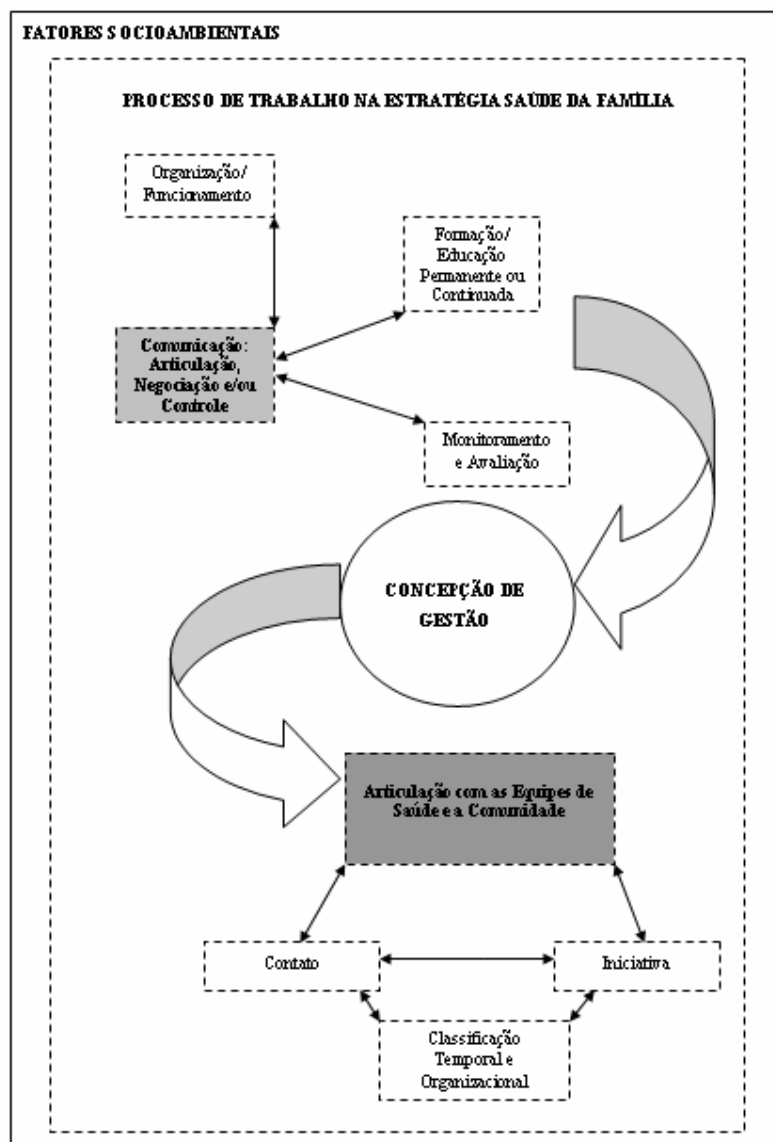
Constituíram fio condutor à investigação as categorias estruturantes do processo de trabalho (MARX, 1985), sobretudo o instrumental e/ou a finalidade, na relação com os princípios norteadores da ESF na estrutura do SUS. Este primeiro nível de interpretação dos dados também contempla a determinação da conjuntura sócio-econômico-política e histórica da qual o grupo social estudado faz parte.

Num segundo momento, o material foi organizado de modo a contemplar as normas de *exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência*, (Minayo 2004, p. 209). Nessa fase, determinaram-se no texto as palavras-chaves que representaram a realidade estudada, procedendo à delimitação do seu contexto de compreensão, bem como a forma de categorização; além da modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientam a análise.

Prosseguiu-se a análise com a exploração do material, fase em que os dados brutos foram transformados, visando alcançar o núcleo de compreensão do texto, buscando-se a quantificação das palavras-chave, numa relação de frequência, a partir da qual se avançou à classificação e à agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas que comandam a especificação dos temas. Por fim, foram postas em relevo as informações obtidas através da etapa anterior, o que leva à sua devida interpretação, de acordo com as dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material e seu confronto com a base teórica do estudo.

A Figura 1, exposta a seguir, ilustra a matriz orientadora da análise, construída de modo a contemplar o objetivo do estudo.

**Fig.2 Matriz de Análise do Processo de Trabalho da Gestão Municipal da Estratégia Saúde da Família na 3ª CRS/RS.**



Fonte: FIGUEIREDO, P.P; 2008.

Os fatores socioambientais partem do próprio conceito de gestão utilizado no estudo, em que estão incluídas a estrutura do SUS e as políticas de saúde (Leis Orgânicas da Saúde, Pacto pela Saúde, PNAB); os interesses, desejos e saberes dos gestores; bem como o número de habitantes do município; o seu tempo de adesão à ESF; o número de equipes existentes em

âmbito municipal; o tempo de trabalho do coordenador e o cargo atual ocupado, como os “vetores-dobra” que constituem o processo de trabalho.

O processo de trabalho elucidado na figura foi obtido a partir da análise dos depoimentos, os quais foram confrontados com o conceito de gestão descrito na NOB 01/96 e com as diretrizes do Pacto pela Saúde e da PNAB, originando três subtemas: 1) Organização/Funcionamento da ESF; 2) Formação/Educação Permanente ou Continuada; e 3) Monitoramento e Avaliação. Essas ações, por sua vez, são permeadas pelo elemento comunicação, através do qual o trabalho se desenvolve e é possível apreender a concepção de gestão.

Importa destacar que comunicação está sendo compreendida como um processo que sofre interferência do contexto no qual os interlocutores estão inseridos. Sendo assim, se observará como, em virtude de determinados fatores socioambientais e históricos, os gestores comunicam-se com a sua equipe e/ou com a comunidade. Nesse âmbito, supõe-se que utilizam a comunicação como articulação, negociação e/ou controle.

Essa relação de comunicação vem ainda mais explícita num segundo momento, em que são expressos os elementos usados na articulação da gestão com as equipes de saúde e a comunidade, representados pelo contato (com quem é feita a articulação), iniciativa (quem busca a articulação) e classificação temporal e organizacional (sob um caráter de programação ou espontaneidade das ações de articulação; e de continuidade ou pontualidade).

### **3.6 Procedimentos Éticos**

Em relação aos aspectos éticos da pesquisa, foram verificadas as diretrizes da

Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, a partir das quais se buscou a aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande (Anexo I), bem como a aprovação da 3ª CRS/RS (Anexo II), responsável pelas equipes gestoras participantes do estudo. Submetido o projeto a estas instâncias, obteve-se parecer favorável em ambas, respectivamente pelos parecer nº 02/2004 – Protocolo 55000.092771/2004-88 e Ofício nº 1299, datado de 27 de julho de 2004. Além disso, foi utilizado, na primeira fase da pesquisa, um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice V), no qual constam informações acerca do objeto de estudo, os objetivos da pesquisa, a estratégia de implementação e o modo de inserção do sujeito no processo da investigação.

Em se tratando de um estudo que não envolve risco direto à integridade física dos sujeitos, esse aspecto foi explicitado, bem como foi assegurado o direito do sujeito de abandonar a pesquisa, no momento em que julgasse necessário, sem que nada lhe ocorresse.

Cabe referir que os dados serão apresentados de forma a preservar a identidade dos sujeitos, não sendo divulgado o nome do gestor e do seu município de origem, para que, mesmo indiretamente, os trabalhadores não sejam reconhecidos. Para tanto, serão utilizados codinomes, apresentados na seguinte seqüência: G1M1; G2M1; G1M2, e assim sucessivamente, em que “G” representa o gestor e “M” o município.

Quanto à realização do Seminário Temático foi obtido o consentimento dos gestores presentes para a divulgação das informações geradas nesta fase subsequente, conforme disposto no Apêndice VI.

#### **4. PROCESSO DE TRABALHO DA GESTÃO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: AÇÕES DESENVOLVIDAS, CONCEPÇÃO DE GESTÃO E ARTICULAÇÃO COM EQUIPES DE SAÚDE E COMUNIDADE**

A apresentação dos resultados da pesquisa está dividida em três subcapítulos, precedidos pela caracterização dos sujeitos, obtida pelo questionário estruturado e anteriormente citado e com informações acerca do sexo; idade; formação; cargo ocupado atualmente e respectivo tempo de atuação dos gestores.

Na seqüência, dispõe-se o subcapítulo intitulado “**Processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família: a concepção de gestão que permeia o agir em saúde**”, no qual estão inseridos três subtemas, a saber: 1) Ações de organização/funcionamento da Estratégia Saúde da Família; 2) Ações de formação/ educação permanente ou continuada; e 3) Ações de monitoramento e avaliação.

O segundo subcapítulo, denominado “**Estudo da articulação da gestão municipal da Estratégia Saúde da Família com as equipes e a comunidade**”, é dividido em dois subtemas, cujo conteúdo elucidada, respectivamente: 1) Características da articulação dos gestores da ESF com as equipes de saúde e a comunidade; e 2) Finalidades da articulação dos gestores da ESF com as equipes de saúde e a comunidade.

Por fim, o terceiro subcapítulo refere-se à descrição da experiência de devolução dos resultados parciais da pesquisa aos representantes da Estratégia Saúde da Família dos municípios investigados, para o qual foi atribuído o título de “**Diálogo refletido com gestores sobre o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família**”.

É importante esclarecer que o formato adotado na apresentação dos resultados contempla a especificação dos sentidos encontrados no processo de trabalho dos gestores e sua respectiva frequência de acontecimento, mediante a sua exposição em tabelas elucidativas



de cada subtema, seguidas da sua descrição. Os quadros que exemplificam os depoimentos analisados serão dispostos ao final dos respectivos subtemas ou categorias de análise, sem que se procedam comentários sobre o seu conteúdo, pois os mesmos já terão sido tecidos anteriormente.

Além disso, optou-se pela discussão em bloco, a qual estará disposta ao final da apresentação de cada subcapítulo, uma vez que se percebeu maior facilidade para o estabelecimento de uma seqüência de discussão, por entender a necessidade de desencadeamento de idéias provenientes dos resultados encontrados, que se relacionam entre si.

A partir de agora será apresentada a caracterização dos sujeitos que participaram da primeira etapa de investigação; ou seja, dos gestores que responderam à entrevista semi-estruturada no ano de 2006.

Em relação ao sexo, 93,33% (n=14) dos gestores são do sexo feminino<sup>10</sup>, enquanto 6,66% (n=1) são do sexo masculino. A idade média das gestoras é de 35 anos, variando entre um mínimo de 23 anos e um máximo de 49 anos. No que diz respeito à formação, 93,33% (n=14) têm Ensino Superior Completo, enquanto 6,66% (n=1) têm Ensino Superior Incompleto. Constatou-se que 66,66% (n=10) das gestoras são enfermeiras, enquanto as demais são médicas, psicólogas ou assistentes sociais, num percentual de 6,66% (n=1); 13,33% (n=2); 13,33% (n=2), respectivamente. Apresentam curso de especialização 80% (n=12) das gestoras, sendo que 66,66% (n= 10) destas especializaram-se em Saúde da Família. Ainda, 13,33% (n=2) tinham concluído curso de Mestrado.

Na perspectiva do trabalho na Coordenação da SF, o tempo médio de atuação no cargo foi de 21 meses, variando de 1 mês a 72 meses. Verificou-se que 40% (n=6) das gestoras referiram tempo na Coordenação inferior a um ano; além de que 53,33% (n=8) dos sujeitos

---

<sup>10</sup> A partir desse momento de caracterização dos sujeitos, em que se verificou a predominância de profissionais do sexo feminino, os sujeitos serão tratados como gestoras ou trabalhadoras, tendo em vista a questão de gênero prevalente.

referiram atuação concomitante na Coordenação e na assistência em saúde, não necessariamente na ESF, com divisão de sua carga horária entre ambas as funções<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> A questão do trabalho assistencial concomitante será mais especificamente tratada no segundo subcapítulo de apresentação dos resultados, por entender que mostrou-se bastante influente na articulação das gestoras com as equipes de saúde e a comunidade.

## **4.1 PROCESSO DE TRABALHO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A CONCEPÇÃO DE GESTÃO QUE PERMEIA O AGIR EM SAÚDE**

A apresentação do processo de trabalho das gestoras da ESF obedece aos três subtemas identificados e explicitados na matriz de análise. Inicia-se, portanto, com as ações de organização/funcionamento da Estratégia, seguidas pelas ações de formação/educação permanente ou continuada e pelas ações de monitoramento e avaliação.

### **4.1.1 Ações de organização/funcionamento da Estratégia Saúde da Família**

As ações de organização/funcionamento da Saúde da Família assumem um caráter de promoção do trabalho da gestão e/ou das equipes. Quanto às ações de organização, subsidiam o planejamento e a programação do trabalho, tanto das equipes de saúde, no sentido de padronização de rotinas, como da gestão, no sentido de ajustamento do próprio processo de trabalho, de acordo com as demandas de profissionais e usuários da Estratégia.

As ações de funcionamento denotam o fornecimento de condições mínimas à realização e ao desenvolvimento do trabalho das equipes, como principal finalidade. Abaixo, estão representadas na Tabela 2 as ações referidas, seguidas de sua frequência.

**Tabela 2 – Ações desenvolvidas pelas Gestoras da Saúde da Família relacionadas à Organização/Funcionamento da Estratégia**

<b>ORGANIZAÇÃO/FUNIONAMENTO DA SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>Freqüência (n=15)</b>
<b>Em relação ao próprio trabalho de gestão</b>	
▪ Coordenação da equipe de gestão;	1
▪ Desenvolvimento de ações programadas e contínuas junto às equipes de saúde, à equipe de gestão e à comunidade;	1
▪ Desenvolvimento de ação pontual junto à comunidade.	1
<b>Em relação ao trabalho das equipes</b>	
▪ Administração de recursos materiais (fornecimento/ abastecimento de material de consumo no trabalho nas equipes, medicamentos, equipamentos);	6
▪ Administração de recursos humanos (contratação, seleção, troca ou substituição de profissionais, pagamento, liberação/concessão de férias e folgas, estruturação da equipe, definição e cumprimento de carga horária);	8
▪ Unificação/padronização do trabalho (definição de protocolos, estabelecimento de rotina de atendimento, definição de fluxo de atendimento);	7
▪ Coordenação da execução de ações programáticas (pontuais, representadas pelas campanhas; e/ou continuadas, representadas pelos programas básicos – hiper/dia, saúde da mulher, da criança, do idoso);	4
▪ Expansão da Estratégia (mapeamento de área e levantamento populacional, projeto para ampliação de postos);	3
▪ Realização, emissão e/ou encaminhamento de relatório de produção;	3
▪ Suporte assistencial relacionado ao fluxo de referências (provimento de encaminhamentos a exames ou consultas em outros níveis de atenção);	2
▪ Suporte assistencial às equipes no desenvolvimento de oficinas com grupos de saúde.	1

Fonte: FIGUEIREDO, P.P; 2008

A organização/funcionamento da Saúde da Família relacionada ao **próprio trabalho da gestão** é pouco freqüente e condiz a uma forma peculiar de organização dessa instância na ESF, tendo em vista, especialmente, os recursos humanos envolvidos no processo de trabalho. Nos municípios onde a gestão da Estratégia tem uma formação hierarquizada, em que há o envolvimento de assessores e/ou supervisores e do secretário da saúde, além do coordenador, vêm sendo realizadas reuniões internas e/ou visitas aos estabelecimentos de saúde e diretamente à comunidade. Nessas localidades, a comunicação entre a gestão, os

trabalhadores das equipes de saúde e a população assume um sentido de articulação e de negociação. Nesse caso, há uma mudança de conduta no trabalho da gestão, subsidiada pelas necessidades identificadas pela própria coordenação e/ou pelos representantes do nível assistencial e dos usuários, cuja finalidade é a organização e qualificação da Saúde da Família.

No que diz respeito à organização/funcionamento da ESF relacionada ao **trabalho das equipes**, a gestão mostra-se frequentemente ocupada com as ações de administração de recursos humanos e materiais e a padronização do trabalho. Quanto aos recursos humanos, a recorrência de atividades relacionadas à contratação, substituição, estruturação da equipe e ao cumprimento de carga horária denuncia dificuldades na consolidação da Estratégia, chamando a atenção o fato de que o gestor necessita ocupar-se dessas funções para garantir o funcionamento da Saúde da Família no âmbito municipal.

No que concerne à administração de recursos materiais, a finalidade identificada nos depoimentos é a resolutividade, associada à viabilidade e sustentabilidade do trabalho nas unidades de saúde. Não obstante, a padronização de condutas, mediante o estabelecimento de protocolos de atendimento e de rotinas de ação, também sugere a necessidade de se consolidar a Estratégia nas unidades de saúde, de forma a organizar o processo de trabalho local e manter a unificação da assistência.

Outra questão que permeia a prática das gestoras estudadas é a coordenação da execução de ações programáticas, referentes aos programas básicos instituídos pelo Ministério da Saúde, em que os instrumentos de trabalho são as próprias políticas públicas construídas em nível federal. Nesse caso, a finalidade do trabalho está ligada ao cumprimento de condições normativas do sistema de saúde e, em especial, da política de atenção à Saúde da Família.

Assim como a coordenação de ações programáticas, o trabalho de realização, emissão e/ou encaminhamento de relatórios de produção a outros níveis de gestão está vinculado à obrigatoriedade de alimentação dos sistemas de informação nacionais, sendo esta uma ação mencionada pelas gestoras analisadas.

Ainda, existem municípios onde as gestoras ocupam-se com as ações de mapeamento de áreas, levantamento populacional e/ou com a construção de projetos para escolha das áreas para a implantação de novas unidades de saúde da família, no sentido de expandir a Estratégia no âmbito municipal. O Quadro 1 disposto abaixo mostra alguns exemplos de depoimentos que ilustram as ações de organização/funcionamento da ESF comuns ao processo de trabalho das gestoras estudadas.

**Quadro 1 – Exemplos de ações desenvolvidas pelas Gestoras da Saúde da Família relacionadas à Organização/Funcionamento da Estratégia**

**Em relação ao próprio trabalho de gestão**

**G2M8** *“Aqui eu faço a coordenação das três ações: administrativo, financeiro e o técnico do Programa. (...) Tenho dois supervisores gerais (...), tenho a (...) que me assessora em toda a parte financeira e administrativa. Os guris mais na parte técnica (...) e tenho uma digitadora que digita todo o sistema de informação e tenho mais uma estagiária que faz toda parte de arquivar documentos, relatórios e tal. Mas eu fico na coordenação de todas as ações”.*

**G1M8** *“(...) a gente faz a supervisão, constantemente a gente tá na rua, fazendo a visitação nos postos, nas associações de moradores também que a gente trabalha, porque ou, seja pra planejar as ações ou a gente tem reclamações, então a gente vai conversar com esse pessoal. Na verdade a gente trabalha tanto com os profissionais quanto com a comunidade e diretamente com o gestor”.*

**G1M11** *“(...) a nossa base de trabalho é essa, nosso instrumento é a lei do SUS, que fala em participação da comunidade. É tentar unir, fazer planejamento estratégico junto com a comunidade. (...) É difícil trabalhar com esse tipo de coisa porque aí tu começa a ver as tuas falhas mesmo! Tu vê: nossa, falhei aqui mesmo! Não era pra ter sido desse jeito. Mas a comunidade tá te alertando, tu tem que tá sempre aberto à críticas”.*

**Em relação ao trabalho das equipes**

**G1M7** *“Vê se não está faltando nada. (...) se a dentista tem todo o material para usar, se não tá faltando nada no laboratório... E tudo sempre direcionado aos profissionais, porque eu faço com que eles consigam, tenham subsídios para trabalhar, entendesse? Pra que a coisa ande, não fique parada”.*

**G2M5** *“Nós temos aqui no município (...) a dificuldade de contratação de pessoal. Nós estamos com a procuradoria do município nos auxiliando bastante com a contratação de pessoal. E das demandas que a gente faz enquanto coordenação, é procurar essa parte legal de contratação, de marcar*

*reuniões com grupos locais aqui que nós temos pra discussão (...) pra tentar viabilizar o PSF aqui no município”.*

**G1M1** *“A gente veio de um histórico assim, administração anterior tinha um médico fazendo PSF, fazendo atendimento no hospital, então... ia um pouquinho no postinho e foi uma coisa assim que era uma proposta de mudar isso. (...) Então, de ter uma equipe estruturada, de poder ter o agente, de poder ter o postinho aquele que é o PSF, de ter o médico lá as 40 horas, como ele deve ficar”.*

**G1M10** *“Ontem fizemos uma reunião até, em termos de atividades assim: cada um tá trabalhando de uma maneira. A gente quer tentar fazer com que trabalhe tudo iguais. (...) então cada fim de semana cada PSF tem o dia da visita domiciliar, tem o dia da reunião de equipe, então a gente tá tentando padronizar no sentido disso... (...) Assim a gente tá tentando organizar melhor”.*

**G1M12** *“(...) dar seguimento aos programas e implantar todas as atividades com relação à prevenção e promoção de saúde do município”.*

**G1M4** *“Dia primeiro de dezembro tem agora o dia mundial sobre a AIDS. Então é uma ação, vou começar, já vou coordenar... Tem aqueles dias sobre saúde bucal, todas as ações que têm, que o PSF tem que fazer, que as equipes que... no município, daqui pra frente vai ter que ser eu pra coordenar”.*

**G1M11** *“Desenvolver projetos pra ampliação de postos, que é uma coisa que a gente tem feito muito agora, faz um ano que a gente tem feito isso, a gente tem conseguido pelo menos dois postos por ano”.*

**G1M3** *“Eu estou só há um mês e pouco, mas o que eu mais realizo é a questão dos relatórios, que isso é uma obrigatoriedade da minha função. Todos os meses eu tenho que prestar contas pra Terceira Coordenadoria”.*

**G1M5** *“O que eu mais realizo? É o grande número de consultas para serem agilizadas, de internações (...) agilizo o que o posto não consegue agilizar”.*

**G1M8** *“Atuamos também, em alguns momentos, diretamente com os coletivos, com os grupos nas unidades, que a gente faz também um suporte nas atividades de grupo”.*

#### **4.1.2 Ações de formação/educação permanente ou continuada**

As ações de formação/educação permanente ou continuada, apesar de não serem referidas com muita frequência, compõem o processo de trabalho das gestoras estudadas. No contexto em que se apresentam, foram analisadas em relação à própria gestão, às equipes de saúde e/ou à comunidade, sob três aspectos: programação, continuidade e/ou pontualidade, conforme ilustra a Tabela 3.

**Tabela 3 – Ações desenvolvidas pelas Gestoras da Saúde da Família relacionadas à Formação/ Educação Permanente ou Continuada**

FORMAÇÃO/EDUCAÇÃO PERMANENTE OU CONTINUADA	Frequência (n=15)
<b>Da própria gestão</b>	
▪ Não é mencionado.	0
<b>Das equipes</b>	
▪ Programada e contínua (reuniões quinzenais ou a cada 45 dias, que podem ser específicas para a formação/educação ou não e estão de acordo com as necessidades identificadas pela equipe ou gestão);	2
▪ Pontual (capacitações sobre temática específica, que pode acontecer no desenvolvimento do processo de trabalho das equipes ou em ações específicas para este fim);	5
▪ Referida, mas ainda não instituída (pretensão).	2
<b>Da comunidade</b>	
▪ Pontual (relacionada à formação de conselheiros);	1
▪ Contínua e não programada (informação sobre o trabalho da gestão e da ESF, e de direitos e deveres dos usuários).	1

Fonte: FIGUEIREDO, P.P; 2008

Quanto à **própria gestão**, identifica-se que não há a realização de atividades de formação/educação. Por outro lado, as ações de educação desenvolvidas de forma **pontual junto às equipes** caracterizam-se pela eleição da temática de acordo com o interesse identificado pela gestora, a qual está fundamentada no cumprimento de metas e indicadores, bem como nas ações programáticas instituídas pelo Ministério da Saúde.

São exemplos disso a atualização técnica sobre a vacina rotavírus, referida por uma gestora; e a educação voltada à mudança de abordagem às gestantes de um município, para proporcionar sua captação precoce e, conseqüentemente, melhorar esse indicador de saúde que, na situação referida, era insatisfatório. Ainda, as ações pontuais estão relacionadas à sensibilização das equipes para a adoção de determinada metodologia de trabalho, voltada,



também, às necessidades identificadas pela gestão; e à realização de um seminário anual de demonstração e troca de experiências entre as equipes de SF.

As **ações educativas programadas e contínuas** são menos freqüentes, tendo em vista que somente duas gestoras as referiram. Essas ações mantêm o perfil apresentado na educação pontual anteriormente descrita, no sentido de que as atividades são organizadas de acordo com os interesses da gestão; à exceção de um município. Neste, as atividades de educação levam em conta, para a eleição dos temas a serem abordados, a opinião das equipes de Saúde da Família e do agente de saúde - objeto direto do trabalho, de acordo com as necessidades identificadas na execução do seu trabalho.

Em outros dois municípios, as gestoras mencionaram a intenção de realizar ações educativas junto às equipes de saúde, especialmente com enfoque nas ações pontuais, no sentido de promover a capacitação dos profissionais para a atuação frente a determinadas temáticas, cuja escolha também é feita pela gestora e não pelos trabalhadores assistenciais.

Quanto às **atividades de educação da comunidade**, apenas a gestora de um município as referiu, contemplando tanto o aspecto pontual na sua execução quanto as ações contínuas e não-programadas. No primeiro caso, destaca-se a formação dos conselheiros de saúde, em encontros únicos, realizados com este fim. O segundo exemplo pauta-se na educação contínua da comunidade, desenvolvida por meio da visita às unidades de saúde, durante o processo de trabalho das equipes e gestão. Nestas situações, a comunidade é informada a respeito do funcionamento do posto de saúde e da gestão, bem como sobre quais são os seus direitos e deveres enquanto usuários. Abaixo, são descritos no Quadro 2, alguns exemplos de depoimentos que ilustram os resultados anteriormente apresentados.

## Quadro 2 – Exemplos de ações desenvolvidas pelas Gestoras da Saúde da Família relacionadas à Formação/ Educação Permanente ou Continuada

<p><b>Das equipes</b></p> <p><b>G1M9</b> “<i>Nós temos agora, nós chamamos de educação continuada. Então, duas vezes por mês a gente se reúne com os agentes e aborda um tema. Um tema assim que a equipe ache que o agente precisa e que eles também achem que precisam</i>”.</p> <p><b>G1M10</b> “<i>Capacitar eles também. Sempre tem alguma coisa nova. Igual a esse rotavirus, chegou uma campanha de rotavirus. A gente tem que ir lá fazer capacitação deles. Qualquer novidade na rede tem que ta passando...</i>”.</p> <p><b>G1M4</b> “<i>Como coordenadora mesmo vou começar a exercer daqui pra frente. (...) Capacitação, trazer conhecimento, essas coisas assim, pras enfermeiras que coordenam os agentes de saúde...</i>”</p>
<p><b>Da comunidade</b></p> <p><b>G1M11</b> “<i>A gente vai fazer dia 16 de novembro agora uma capacitação desses conselheiros. A gente já fez em loco, a gente vai fazer com todos juntos</i>”.</p> <p><b>G1M11</b> “<i>Se tu está dentro do programa, todo mundo tem que conhecer o funcionamento (...) mas a comunidade estava muito distante. Chegava no posto aquela coisa toda com esse monte de dúvida que eu te falei. E a gente vê que era falta de informação mesmo. Então a nossa idéia partiu daí: vamos educar a comunidade pra saúde, pra saber realmente como é que funciona a gestão; como é que se distribui verba... (...) então isso está sendo muito bom porque a comunidade ta entendendo como é que funciona a gestão, como é que funciona o posto, quais os direitos que eles têm enquanto usuários, quais os deveres também</i>”.</p>

### 4.1.3 Ações de monitoramento e avaliação

O terceiro subtema contempla as ações de monitoramento e avaliação desenvolvidas pelas gestoras, numa perspectiva de elucidar o enfoque dado a essas atividades. Nesse sentido, foi possível identificar quatro enfoques distintos, relacionados ao processo de trabalho da gestão ou das equipes, além do monitoramento e avaliação dos resultados do trabalho das equipes e da satisfação de trabalhadores e usuários dos serviços, conforme descrito na Tabela 4.

**Tabela 4 – Ações desenvolvidas pelas Gestoras da Saúde da Família relacionadas ao Monitoramento e Avaliação do processo de trabalho da gestão, das equipes e da satisfação de trabalhadores e usuários.**

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	Frequência (n=15)
<p><b>Do processo de trabalho da gestão</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Com enfoque na mudança da estratégia de ação.</li> </ul>	2
<p><b>Do processo de trabalho das equipes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Com enfoque de acompanhamento, suporte e/ou mudança da estratégia de ação, de acordo com as necessidades loco-regionais;</li> <li>▪ Com enfoque de controle do trabalho, obrigação com a gestão e o sistema de saúde e não utilização para mudança na estratégia de ação.</li> </ul>	4 3
<p><b>Dos resultados do trabalho das equipes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Com enfoque no alcance de metas, em acordo com as ações programáticas (saúde da mulher, da criança, do adulto), de forma direta ou indireta (através dos indicadores locais – SIAB ou dos indicadores municipais);</li> <li>▪ Com enfoque na divulgação dos resultados.</li> </ul>	3 1
<p><b>Da satisfação com o trabalho desenvolvido</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Com enfoque nos usuários, mediante visitas ou reuniões programadas e contínuas para verificação do grau de satisfação;</li> <li>▪ Com enfoque nos usuários, mediante ações contínuas e não programadas;</li> <li>▪ Com enfoque nas equipes, em relação à satisfação na realização do trabalho;</li> <li>▪ Pretensão de desenvolvimento de pesquisa de satisfação de trabalhadores e usuários.</li> </ul>	3 2 2 1

Fonte: FIGUEIREDO, P.P; 2008

O **monitoramento e a avaliação do processo de trabalho da própria gestão** mostraram-se pouco frequentes, tendo em vista que apenas as gestoras de dois municípios os referiram. No primeiro caso, o monitoramento e a avaliação são realizados mediante o uso da metodologia de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ), instituída pelo Ministério da Saúde e aderida pela gestão municipal. Assim como

algumas equipes de saúde, a gestão da ESF encontra-se em fase de implementação e execução dessa metodologia.

No outro município, o monitoramento e a avaliação do processo de trabalho da gestão acontecem através da identificação de suas falhas a partir do diálogo com a comunidade. Em decorrência das críticas recebidas, a gestora demonstra auto-avaliar a sua prática.

**O monitoramento e a avaliação do processo de trabalho das equipes** tiveram um enfoque de acompanhamento, suporte e/ou mudança na estratégia de ação, voltados às necessidades locais. Esse aspecto é exemplificado pelas ações de visita programada e contínua às unidades de saúde para a identificação das demandas dos trabalhadores e promoção de condições para o desenvolvimento de sua prática de saúde. Nesse caso, as práticas de saúde podem se diferenciar de uma unidade para a outra, devido às características da clientela, sendo dada autonomia às equipes para a adoção de diferentes estratégias de ação.

Além disso, é exemplo de monitoramento e avaliação desenvolvidos pelo gestor o incentivo à aplicação da metodologia da AMQ, em que as equipes, por iniciativa própria, aderem e procedem à auto-avaliação do seu fazer. Reuniões periódicas e contínuas com as equipes de saúde e/ou seus representantes também se constituem em instrumentos para a realização do monitoramento e avaliação, a partir dos quais se faz a avaliação do trabalho e das necessidades locais, com a finalidade de organização do processo de trabalho.

Por outro lado, são exemplos de monitoramento e avaliação com enfoque de controle do trabalho, obrigação com a gestão e o sistema de saúde as ações de visita às unidades sem aviso prévio. Estas são realizadas com o intuito de surpreender a equipe e condicioná-la a realizar atividades extramuros de acordo com o desejo da gestão e sua percepção de necessidades. Também, a conferência do preenchimento e entrega de relatórios concernentes ao Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) na data correta constituem ações de monitoramento e avaliação desempenhadas pelas gestoras investigadas, as quais assumem a

condição de controle do processo de trabalho das equipes e cumprimento de condições impostas pela organização do sistema de saúde.

No que se refere ao **monitoramento e avaliação dos resultados do trabalho das equipes**, verifica-se a pouca frequência com que isso acontece, sendo referido por três gestoras. Essas ações estão relacionadas, principalmente, ao cumprimento de metas e indicadores de saúde, mediante o acompanhamento dos relatórios do SIAB enviados pelas equipes ou pelos indicadores municipais de saúde, de forma mais geral e indireta. No primeiro caso é verificada a melhora nos indicadores de processo concernentes à saúde da mulher (assistência pré-natal), da criança (cobertura vacinal) e do adulto (com enfoque na saúde de hipertensos e diabéticos), no sentido de identificar a realização de ações de prevenção, educação em saúde e assistência qualificada, além da manutenção do mapeamento e cadastramento dos usuários atualizados.

De forma mais indireta, o monitoramento e avaliação dos resultados do trabalho são desenvolvidos através do acompanhamento da redução de indicadores municipais, especialmente o de mortalidade infantil, o que, nesse caso, leva a gestora a reconhecer a contribuição da ESF para a melhora no coeficiente para além do âmbito da unidade de saúde.

Com o enfoque de divulgação dos resultados do trabalho das equipes, uma gestora ainda refere a realização de um seminário anual em que participam todos os integrantes das equipes de Saúde da Família do município e cujos trabalhadores escrevem resumos acerca de suas experiências e apresentam-nas para os demais colegas, a fim de mostrar os produtos de sua prática e, dessa forma, permitir a avaliação dos resultados obtidos no seu processo de trabalho.

Por fim, apresentam-se as ações de **monitoramento e avaliação da satisfação com o trabalho desenvolvido**, com enfoque nas equipes e/ou nos usuários. Primeiramente, no que diz respeito às equipes, uma das gestoras refere a realização de visita às unidades de saúde

como forma de identificação de aspectos positivos e negativos do trabalho e conseqüente satisfação na sua realização, enquanto a outra gestora não menciona como é feita esta avaliação da satisfação, somente dizendo que a faz.

No tocante aos usuários, o monitoramento e avaliação da sua satisfação acontecem mediante ações programadas e contínuas, como visitas ou reuniões com as equipes de saúde e/ou com a própria comunidade, com previsão e freqüência de realização; bem como por meio de ações contínuas e não programadas, associadas ao processo de trabalho cotidiano da gestão, quando em contato direto com a comunidade. Cabe referir que o monitoramento e avaliação da satisfação dos usuários, feitos de forma indireta, acontecem através de conversas com os integrantes das equipes de saúde, especialmente os agentes comunitários de saúde, e estão relacionados ao horário de atendimento e ao número de consultas que vêm sendo ofertadas. Destaca-se, portanto, que de forma direta ou indireta, o diálogo revela-se um instrumento para a realização das ações de monitoramento e avaliação da satisfação, seja de trabalhadores das equipes e/ou dos seus clientes.

Ainda, há a pretensão de desenvolvimento de uma pesquisa para o conhecimento da satisfação de trabalhadores das equipes e usuários dos serviços, cujo projeto fora construído e enviado à secretária de saúde para avaliação, segundo o depoimento da gestora. Esta ação constitui uma tentativa de identificar problemas e melhorar o trabalho, no intuito de que a Saúde da Família funcione no município. O Quadro 3 sintetiza alguns exemplos de depoimentos que correspondem à prática de ações de monitoramento e avaliação exercida pelas gestoras.

### **Quadro 3 – Exemplos de ações desenvolvidas pelas Gestoras da Saúde da Família relacionadas ao Monitoramento e Avaliação**

**Do processo de trabalho da gestão**

**G1M8** *“A gente está coordenando também o AMQ, projeto de Avaliação da Melhoria da Qualidade*

*da Estratégia de Saúde da Família (...). Não é só as equipes que participam, a equipe tem esse momento, a coordenação, a gestão, cada instância da estratégia faz esse processo – a coordenação também está passando por esse processo”.*

### **Do processo de trabalho das equipes**

**G1M9** *“Duas vezes por semana nós temos isso aí... a questão das equipes, trabalhar, acompanhar o trabalho da equipe naquilo que é prioritário na área. Que muitas vezes vem alguma coisa do governo para gente fazer... a gente faz aquilo, mas na nossa área, naquela área de atuação daquela equipe, muitas vezes não é o essencial, tem outras coisas”.*

**G1M3** *“Eu vou lá pra ver se aquela unidade ta tranqüila, ta tudo em ordem, eu fico pouco tempo ali e já me desloco pra outra. É assim que eu faço, eu não consigo ficar muito, eu sou mais dinâmica, eu gosto de ir, de ver como é que eles estão fazendo. (...) eu quero que a equipe saia mais de dentro da unidade, eu quero que eles façam as visitas, e aí eu estando junto é um compromisso que eles têm”.*

**G1M7** *“... ver se os programas, eles não estão sendo bem realizados, entendessee? Se as entregas lá pra... pro posto central, se ta tudo na data, entendessee? O programa do SIAB ta completo, se tão fazendo PAB direitinho, se a auxiliar administrativa ta reforçando os formulários completos, se não ta faltando...Então assim... todo dia é uma coisinha assim, entendessee?”*

### **Dos resultados do trabalho das equipes**

**G1M11** *“Cuidar os índices, claro! Sempre ta de olho em índice. Vê qual PSF aumentou a mortalidade, qual PSF que a vacinação ta baixa (...). Por enquanto a gente tem conseguido manter tudo num parâmetro normal”. (...) A gente conseguiu reverter a mortalidade infantil, pra diminuir. (...) “Eu acredito que a gente ta conseguindo acompanhar todas as metas. Ta aí o SIAB pra mostrar isso, a gente ta conseguindo acompanhar o hipertenso, o diabético, a gestante...”.*

**G2M8** *“Ontem a gente desenvolveu a nossa atividade de final de ano, foi o terceiro seminário e nesse seminário eles tinham que escrever trabalhos. Resumos daquilo que eles fazem nas unidades. (...) eram duzentos e tantos trabalhadores que estavam lá pra ver... viram o resultado do trabalho das equipes. (...) então isso realmente mostrou que as equipes produzem. Então eu acho que a melhor forma de saber se o programa dá resultado ou não é monitorar as ações e avaliar o resultado delas”.*

### **Da satisfação com o trabalho desenvolvido**

**G1M2** *“A gente faz reunião com as agentes uma vez por semana (...) e a gente capta delas o que elas acharam de alterado. Nas casas, o que está errado. O que a gente pode melhorar. O que eles estão achando do nosso serviço. Se está bom, se está ruim não é? Se querem mais atendimento, se querem menos atendimento, se querem mais tempo pra conversar. Essas coisas assim...”*

**G1M9** *“São situações muito variadas... seja da produção, do atendimento à comunidade, se está sendo satisfatório; as reclamações da comunidade em relação à equipe; as reclamações da equipe com relação ao gestor, com relação ao próprio colega, enfim... é muito variado esse trabalho”.*

**G2M5** *“A gente conversa com a equipe, conversa com a população que está sendo atendida. Vê os pontos positivos, negativos, o grau de satisfação. Na conversa que a gente tem com o usuário dá pra gente perceber muita coisa. E avaliar o PSF como está sendo...”*

**G2M6** *“Então, a gente vai iniciar agora, já foi pra mesa dela [secretária de saúde], não sei se ela já olhou, se ela já aprovou, uma pesquisa de satisfação dos usuários e funcionários. Pra gente tentar achar quais são os maiores problemas. E a partir daí a gente vai ta tentando fazer, tentando melhorar isso. Tentar fazer com que as coisas funcionem como PSF”.*

## Discussão

A discussão desse subcapítulo será subsidiada pela relação de freqüência com que apareceram as ações desempenhadas pelas gestoras estudadas, além de ser apoiada na finalidade do trabalho e no elemento comunicação, os quais permeiam o seu trabalho e estabelecem, direta ou indiretamente, a concepção de gestão praticada. Não obstante, os fatores socioambientais relacionados ao número de habitantes do município; à formação da gestora e à relação com as diretrizes políticas de saúde compõem o modelo explicativo a ser desenvolvido na discussão.

As ações de organização/funcionamento da ESF são realizadas por todas as gestoras e foram as mais frequentemente referidas, a partir das quais se sobressaem duas vertentes: uma relacionada à necessidade de aperfeiçoamento e consolidação da ESF e a outra referente às próprias diretrizes políticas que permeiam a prática destas trabalhadoras.

Nos municípios menores de 35 mil habitantes as gestoras buscam o estabelecimento de rotinas de atendimento, bem como a estruturação das equipes de Saúde da Família; o cumprimento da carga horária dos trabalhadores e a realização de ações programáticas instituídas pelo Ministério da Saúde. Nesses casos, a finalidade do trabalho é o funcionamento da ESF, tendo em vista a necessidade de garantir elementos fundamentais de estrutura e as ações mais básicas comuns à Saúde da Família; além do aperfeiçoamento de alguns processos. Nesse sentido, se forem tomados como referência os padrões e estágios propostos pela metodologia da AMQ, pode-se dizer que tais municípios se encontram entre os padrões “D” e “E”, representativos da qualidade em desenvolvimento e elementar, respectivamente (BRASIL, 2005).



Quanto às diretrizes políticas do sistema de saúde, identifica-se que a realização de ações de organização/funcionamento da ESF é inerente às competências da gestão municipal apregoadas na PNAB, em que constam a organização do fluxo de usuários aos demais níveis de atenção; a garantia de infra-estrutura necessária ao funcionamento das unidades, a partir da disponibilização de recursos materiais, equipamentos e insumos; bem como a seleção, contratação e remuneração dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais de Saúde da Família e a alimentação das bases de dados nacionais, a partir dos produtos do sistema municipal de saúde (BRASIL, 2006a). Vanderlei e Almeida (2007) também identificaram entre os gestores e gerentes estudados uma prática voltada ao cumprimento de metas, ao provimento de materiais e à organização do processo de trabalho, indo ao encontro das diretrizes políticas e corroborando com os resultados encontrados nesse estudo.

No que diz respeito às ações de formação/educação permanente ou continuada constatou-se que nos municípios com menos de 10 mil habitantes, estas ações não foram referidas. Por outro lado, nos municípios em que as gestoras a mencionam, observa-se a predominância do caráter pontual, do qual se depreende que o elemento comunicação esteja representado pela verticalização na tomada de decisão sobre o processo educativo, já que as ações implementadas constituem a materialização direta dos desejos e necessidades da gestão, cuja finalidade está relacionada à transmissão de conhecimentos e no alcance de metas e indicadores.

Sob este prisma, entende-se que as ações educativas se assemelham aos princípios da educação continuada, em que o processo pedagógico tem como finalidade restrita a atualização dos trabalhadores, a partir de atividades de duração definida e mediante a utilização de metodologias tradicionais; subsidiada pela iniciativa da gestão, a qual julga necessária a aquisição de novos conhecimentos. Portanto, o que se apreende é que estes processos educativos têm caráter técnico e não necessariamente serão aplicados no cotidiano

do trabalhador, uma vez que os “novos” conhecimentos podem diferir da realidade vivenciada e experienciada no seu processo de trabalho em loco (RIBEIRO; MOTTA, 1999).

Outro estudo proveniente do mesmo macro-projeto a que esta pesquisa está vinculada analisou as ações de educação permanente junto aos trabalhadores das equipes de Saúde da Família da 3ª CRS/RS e reforça a ocorrência das ações educativas por iniciativa da gestão, seguindo as mesmas perspectivas quanto ao seu caráter pontual, representados pelos cursos temáticos, ministrados em formato de aulas expositivas e com sentido de formação complementar, a partir de temáticas que enfocam o pré-natal, o pré-câncer e a saúde mental, por exemplo, elucidando as ações programáticas estipuladas pelo Ministério da Saúde (COSTA, 2007).

Corroborar-se com Ribeiro e Motta (1999), quando dizem que o privilégio à educação continuada, enquanto estratégia de capacitação para os serviços de saúde, reforça a fragmentação do cuidado, das equipes e do processo de trabalho, na medida em que se centra no desempenho de cada categoria profissional e em suas funções determinadas social e tecnicamente pela divisão do trabalho. Além disso, entende-se que as capacitações se mostram ineficazes para a incorporação de novos conceitos e princípios às práticas estabelecidas, já que são descontextualizadas e se baseiam na transmissão de conhecimentos (CECCIM, 2005).

Por outro lado, as ações educativas programadas e contínuas, também exercidas pelas gestoras estudadas, ainda que em menos frequência, aproximam o elemento comunicação dos sentidos de articulação e negociação entre a gestão e as equipes de saúde, demonstrando que a finalidade do trabalho relaciona-se à transformação das práticas de saúde e à resolutividade dos problemas locais. Nessa ótica, os processos educativos convergem para o conceito de educação permanente, em que despontam os princípios de problematização das práticas e dos

saberes; o fortalecimento da participação popular e a valorização dos saberes locais (CECCIM, 2005).

Nas atividades de formação/educação da comunidade, a comunicação aparece como elemento de articulação e negociação entre a gestão e a comunidade, tendo em vista a finalidade de controle social do processo de trabalho e co-responsabilização para com a institucionalização de práticas de saúde condizentes com as necessidades locais. Sob este prisma, as ações educativas desenvolvidas junto à comunidade utilizam-se de espaços e estratégias formais e não formais, sendo a primeira representada pelos conselhos e conselheiros de saúde e a segunda pelos usuários de uma forma geral, no ambiente da unidade de saúde ou fora dela, não necessariamente nas instâncias reconhecidamente direcionadas ao controle social. Nessa conjuntura, parece que o processo educativo vai ao encontro do que preconiza o Pacto pela Saúde, no sentido de ampliar os espaços de participação popular na gestão do sistema, mediante a sua instrumentalização sobre o processo de trabalho na saúde, os seus direitos e deveres; bem como o apoio e incentivo ao processo de formação dos conselheiros (BRASIL, 2006b).

Nos municípios menores de 10 mil habitantes, ressalta-se que as ações de monitoramento e avaliação não foram referidas pelas gestoras. No que se referem ao processo de trabalho da própria gestão, elas assumem um enfoque de mudança na estratégia de ação, com a finalidade de buscar a qualidade da Saúde da Família, embora a sua realização seja pouco freqüente. Por conseguinte, no que diz respeito ao processo de trabalho das equipes, o monitoramento e avaliação apresentaram-se mais freqüentes, assumindo dois enfoques: um mais característico da co-gestão e outro mais ligado à gestão tradicional. No primeiro aspecto identifica-se o diálogo como elemento principal de comunicação, relacionado à articulação e negociação entre os gestores e as equipes de saúde. No aspecto relacionado à gestão mais tradicional a comunicação processa-se sob uma estrutura mais rígida, de controle do trabalho

e imposição de responsabilidades, associadas à finalidade de cumprir as condições normativas da política de saúde e/ou os interesses da gestão.

As ações de monitoramento e avaliação realizadas mediante a aplicação da metodologia AMQ enunciam um caráter de maior consolidação do município que a realiza, tendo em vista a própria classificação proposta neste instrumento avaliativo. Nesse caso, identifica-se a concretização de avaliações iniciais de cobertura e impacto das ações, seja em relação ao trabalho das equipes de saúde e/ou da gestão (BRASIL, 2005).

O monitoramento e avaliação dos resultados do trabalho das equipes mostram-se pouco frequentes, o que pode ser explicado pelo fato de que os gestores utilizam os dados coletados mais com uma condição de controle e obrigação com a normativa do SUS, no sentido punitivo, do que como ferramenta de trabalho, no sentido de organização e planejamento, com base nos indicadores epidemiológicos de processo e assistência. Sob este prisma, o elemento comunicação assume um caráter de controle, tendo em vista a realização da ação de comunicação formal do trabalho condicionada à manutenção ou suspensão de recursos advindos do nível de gestão federal (BRASIL, 2003).

Corrobora-se com Pisco (2006, p. 566), quando diz que “avaliar é diagnosticar uma realidade a fim de nela intervir”. Sabe-se, entretanto, que a avaliação é somente a etapa inicial de um processo que culmina com a mudança na realidade e o seu aperfeiçoamento. A avaliação é um importante instrumento de mudança, o qual deve ser visto como um incentivo para que sejam cumpridas condições mínimas de qualidade e não como uma ameaça aos trabalhadores. Portanto, “o objetivo não é outro senão a identificação, avaliação e correção de situações potencialmente melhoráveis” (PISCO, 2006, p.566). Ainda, concorda-se com Takeda e Talbot (2006, p.569), quando referem que “não avaliar pode ser comparado a pilotar um avião sem instrumentos de navegação aérea, sem indicadores das condições de vôo e do

motor. É voar sem bússola, altímetro, velocímetro, indicadores de nível de combustível, óleo e temperatura da água”.

No que concerne ao monitoramento e avaliação da satisfação dos profissionais, acredita-se que é válida a implementação de um sistema de co-gestão, em que profissionais de saúde possam governar junto à outras instâncias eleitas superiores, de forma que as contradições existentes entre os diferentes sujeitos sirvam como aprendizado mútuo e estimulem a discussão, negociação e explicitação de diferenças, levando à vantagens como a melhoria no grau de envolvimento e compromisso das equipes com a instituição e o aumento da felicidade e realização profissional (CAMPOS, 1998).

Quanto à satisfação dos usuários, o Pacto pela Saúde firma o compromisso dos gestores para com a representatividade da comunidade no sistema de saúde, deliberando como uma de suas atribuições o estímulo à participação dos cidadãos na avaliação dos serviços, a qual contribui para que a democratização da gestão em saúde chegue àqueles que recebem a assistência (BRASIL, 2006b).

Por fim é importante trazer à discussão dois aspectos que podem estar relacionados ao processo de trabalho das gestoras investigadas e que direta ou indiretamente influenciem no seu agir em saúde e na sua concepção de gestão. O primeiro diz respeito à gestão feminina, tendo em vista a questão de gênero que se sobressaiu neste estudo, já que os trabalhadores são predominantemente do sexo feminino.

Nesse sentido, é importante destacar algumas características comuns ao sexo feminino que transparecem na gestão, tais como a flexibilidade, a objetividade, a perseverança, o estilo cooperativo, a disposição de trabalhar em equipe e de dividir decisões e o uso de intuição na análise e solução de problemas. No que concerne ao processo decisório, características como encorajar a participação, compartilhar poder e informação, bem como estimular, valorizar e motivar os outros no trabalho estão associados à gestão feminina. Por sua vez, estes aspectos

denotam uma maior competência comunicativa, o que contribui para a busca de uma melhor combinação na realização de suas atribuições e na satisfação de todos os envolvidos neste processo (GOMES, 2005).

O segundo aspecto refere-se à participação política da enfermeira na gestão do SUS, considerando-se, também, que a maioria das gestoras estudadas pertenciam a esta categoria profissional. Melo e Santos (2007), mediante análise do entendimento das enfermeiras sobre a sua participação política, encontraram a predominância do exercício técnico da profissão, no sentido de estabelecimento e cumprimento de metas, em detrimento de outras funções comuns à gestão. Nesse caso, o exercício do poder comum ao cargo que ocupam se desenvolve mediante o conhecimento técnico, o qual, na sua concepção, é mais valorizado. Ao encontro disso, a própria indicação da enfermeira para o cargo de gestão acontece pela valoração de sua competência, especialmente relacionada às características de envolvimento, disponibilidade, responsabilidade e firmeza no desempenho do trabalho técnico.

A partir destes achados, pode-se associar à prática das gestoras enfermeiras estudadas o caráter técnico do seu trabalho, expresso, por exemplo, pelas ações de organização/funcionamento do trabalho referidas por todas. Também, podem-se integrar às estas características os aspectos mais diretivos com que se processa o trabalho das gestoras enfermeiras estudadas, em que o elemento comunicação predominante foi o controle do trabalho alheio e, a finalidade, o alcance de metas e indicadores e a resolutividade e funcionamento da ESF.

Segundo Mota (1999, p.249), é preciso que os gestores direcionem e aproximem a intencionalidade do saber técnico inserido no projeto social dos profissionais que o detém com o projeto social da comunidade a que servem. “O desafio posto aos gestores, portanto, no exercício de suas funções de governo local, é colocar as questões de organização do trabalho

na perspectiva das intenções de satisfação de necessidades da população, de aspirações por qualidade de vida, para as quais o trabalho profissional é um dos instrumentos de realização.”

Mais especificamente em relação à forma de gestão, foram identificadas duas concepções distintas, apreendidas a partir da maneira com que as gestoras se comunicam com a própria equipe de gestão, com as equipes de Saúde da Família e a comunidade. A primeira está relacionada aos preceitos da co-gestão, em que imperam o incentivo à co-responsabilização, autonomia e protagonismo de todos os sujeitos envolvidos na produção de saúde, mediante a articulação e negociação como elementos de comunicação entre eles (CAMPOS, 1998; BRASIL, 2007).

A segunda, diz respeito à gestão mais tradicional, em que se destacam o controle do trabalho, a imposição de responsabilidades aos demais sujeitos envolvidos no processo de trabalho da SF, a avaliação normativa e a administração de recursos materiais, humanos e a padronização do trabalho (TAYLOR, 1970).

Pode-se considerar que ambas as formas de gestão estejam influenciadas pelas políticas públicas que normatizam o sistema de saúde, em que ora pregam a flexibilização da e a participação popular nos processos decisórios e na prática de saúde assistencial e/ou gerencial e ora praticam a hierarquização e verticalização na tomada de decisão, sobretudo através da institucionalização de ações programáticas elaboradas pelas instâncias estaduais e federais.

Estas constatações, por sua vez, podem servir de explicação para a alternância verificada na concepção de gestão praticada nos municípios estudados, já que não se observou a ocorrência de municípios que adotassem uma concepção de gestão consolidada, em que se possa inferir que em todas as ações desenvolvidas predomine somente uma lógica de administração da ESF. Ao contrário disso, o que se identificou foi que os municípios alternam sua concepção de gestão a depender do aspecto que se analise, de forma que um mesmo

gestor pode utilizar-se dos elementos comuns à co-gestão para o desenvolvimento de ações de educação permanente ao mesmo tempo em que se apropria de aspectos comuns à gestão tradicional no que concerne ao monitoramento e avaliação do trabalho das equipes de saúde.

No próximo subcapítulo serão tratadas as características da articulação entre a gestão e as equipes de saúde e comunidade presentes em seu processo de trabalho, além da finalidade atribuída por eles à essa prática. Alguns elementos que surgiram nesse primeiro subcapítulo são reforçados a seguir, mostrando a coerência entre os depoimentos das gestoras e, conseqüentemente, na realização da sua prática.



## **4.2. A ARTICULAÇÃO DA GESTÃO MUNICIPAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA COM AS EQUIPES E A COMUNIDADE**

A análise dos dados permitiu agregar os resultados referentes a esse subcapítulo em dois subtemas, quais sejam: 1) Características da articulação dos gestores da ESF com as equipes de saúde e a comunidade; 2) Finalidades da articulação dos gestores da ESF com as equipes de saúde e a comunidade. A partir das características elucidadas no primeiro subtema, tem-se a condição de conhecer como é feita essa articulação, ao passo que as finalidades dispostas no segundo subtema contribuem para o alcance completo do segundo objetivo específico proposto neste estudo, qual seja: conhecer como é feita e qual a finalidade da articulação dos gestores municipais da ESF com as equipes de saúde e a comunidade, no âmbito da 3ª CRS/RS.

Lembra-se que os resultados serão apresentados seguindo o estabelecimento da frequência com que ocorreram determinados aspectos nos depoimentos das gestoras, tendo como base o número total de sujeitos entrevistados (n=15); entretanto, uma gestora pode ter referido mais de um aspecto em uma mesma categoria, o que tornará a soma das frequências, na maioria dos casos, superior a 15.

### **4.2.1 Características da articulação das gestoras da ESF com as equipes de saúde e a comunidade**

A análise realizada proporcionou caracterizar a articulação entre a gestão e as equipes de saúde e a comunidade sob diferentes aspectos, os quais originaram três categorias: a)

Contato da gestora da ESF com as equipes e a comunidade; b) Iniciativa da articulação entre a gestão, as equipes de saúde e a comunidade; c) Classificação temporal e organizacional da articulação da gestão da ESF com as equipes de saúde e a comunidade. As características apreendidas foram distribuídas nas categorias mencionadas por uma questão didática, e por isso, no decorrer da apresentação dos resultados pode-se verificar a semelhança e/ou repetição de alguns aspectos por ora já presentes em uma ou em outra categoria.

Inicia-se, portanto, com a explicitação de com quem é feita a articulação entre a gestão e as equipes de saúde e a comunidade, a partir da exposição da Tabela 5, em que constam os contatos referidos e a respectiva relação de frequência.

**Tabela 5 – Contato das gestoras com as equipes de saúde e a comunidade**

<b>COM QUEM É FEITA A ARTICULAÇÃO (CONTATO)</b>	
<b>Articulação com as Equipes de Saúde</b>	<b>Frequência (n = 15)</b>
▪ Com a equipe, de forma geral	5
▪ Com a enfermeira, em especial	4
▪ Com um coordenador da UBSF, que geralmente é o profissional enfermeiro	2
▪ Com médicos (as) e enfermeiras, somente	2
▪ Com assistente social ou psicóloga, somente	1
▪ Não fica claro com quem a gestora estabelece o contato	1
<b>Articulação com a Comunidade</b>	<b>Frequência (n = 15)</b>
▪ Com a comunidade em si, em contatos individuais ou coletivos	6
▪ Com o Conselho de Saúde	4
▪ Com representantes da comunidade	4
▪ Com as equipes de saúde	2
▪ A gestora refere não ter articulação com a comunidade	2
▪ Com a rádio comunitária	1

Fonte: FIGUEIREDO, P.P; 2008

Com relação à **articulação com as equipes**, frequentemente foi referido **contato** com as enfermeiras, de forma destacada dos demais profissionais. Em outros municípios, a articulação é feita com as equipes em sua totalidade, sendo mencionados os trabalhadores médicos, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem; agentes comunitários de saúde (ACS) e odontólogos; além de psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas que eventualmente façam parte e complementem a equipe mínima da ESF local.

Ainda, verificaram-se dois casos particulares, em que a estrutura organizacional da ESF, mais hierarquizada, elegeu um coordenador de cada UBSF, através do qual é feita a articulação da gestão com as equipes. Nestes municípios, o trabalhador eleito pela equipe encarrega-se de representar os interesses coletivos junto à gestão, sendo que, em ambos os casos, geralmente o coordenador é o profissional enfermeiro. Por fim, há municípios em que a articulação é feita com médicos e enfermeiras; ou com a assistente social e a psicóloga, somente.

Exemplos de depoimentos que ilustram com quem é feita a articulação da gestão com as equipes de saúde estão dispostos no Quadro 4, a seguir.

**Quadro 4 – Exemplos de depoimentos que identificam com quem é feito o contato das gestoras com as equipes de saúde**

<p><b>Com as enfermeiras</b></p> <p><b>G1M1</b> <i>“Assim, a principal articulação é com as enfermeiras. A gente fecha muito bem para conseguir fazer o trabalho”.</i></p> <p><b>Com a equipe</b></p> <p><b>G1M9</b> <i>“Eu converso com todos (...). Para abordar um assunto que seja referente a toda a equipe eu procuro a enfermeira. (...) Com o médico, com o odontólogo, com a nutricionista, com os auxiliares de enfermagem, com os agentes...”.</i></p> <p><b>Com um representante da equipe</b></p> <p><b>G1M11</b> <i>“Bom, a gente pediu para que cada unidade elegesse um representante, um coordenador da unidade, para representar o grupo. (...) Então eu peço sempre para pautar, para que um indivíduo traga os interesses de todo o grupo. Para variar, não sei se é surpresa tua, quem é o coordenador? Os enfermeiros”.</i></p>
---

No que diz respeito à **comunidade**, a articulação é feita com o Conselho de Saúde; com representações da comunidade, como pastores, associação de moradores e lar de idosos; ou com a comunidade em si, em contatos diretos, individuais ou coletivos. Não obstante, a articulação é feita de forma indireta, através das equipes de saúde ou da rádio comunitária. Há, ainda, municípios em que a gestora refere não ter articulação com a comunidade, devido ao pouco tempo de atuação no cargo. O Quadro 5, descrito abaixo, demonstra alguns exemplos de depoimentos que confirmam os resultados apresentados.

**Quadro 5 – Exemplos de depoimentos que identificam com quem é feito o contato das gestoras com a comunidade**

**Com o Conselho de Saúde**

**G1M1** *“Então a principal articulação com a comunidade é o Conselho de Saúde”.*

**Com representações da comunidade**

**G1M8** *“Bom, essa articulação, como eu comentei anteriormente, é na questão que a gente entra, muitas vezes, em contato com as lideranças locais dessas comunidades, com associação de moradores, através de reuniões comunitárias”.*

**G1M2** *“... aqui tem várias igrejas. Então com os coordenadores dessas igrejas”.*

**Com a comunidade em si**

**G1M10** *“Eles me procuram aqui e à campo, porque eu estou sempre visitando. (...) então sempre na reunião eles me abordam, me procuram”.*

**Com as equipes de saúde**

**G2M8** *“Bom, meu vínculo, meu elo vamos dizer, assim, de comunicação com as comunidades é a própria equipe”.*

A categoria iniciativa corresponde ao estabelecimento de quem busca a articulação entre a gestão, as equipes de saúde e a comunidade. Para tanto, os resultados apontados na Tabela 6, com sua respectiva relação de frequência, foram construídos apoiados na

necessidade da articulação, a partir da qual se apreendeu dos depoimentos das gestoras de quem parte a iniciativa de articular-se.

**Tabela 6 – Iniciativa da articulação da gestão da ESF com as equipes de saúde e a comunidade.**

<b>INICIATIVA DA ARTICULAÇÃO</b>	
<b>Articulação com as Equipes de Saúde</b>	<b>Frequência (n = 15)</b>
<b>Iniciativa da gestão, relacionada ao processo de trabalho das equipes para:</b>	
▪ A consolidação do processo de trabalho	4
▪ O acolhimento e sugestão de idéias	2
▪ O monitoramento e avaliação	2
▪ A organização/planejamento de ações	1
▪ A cobrança por trabalho mal desenvolvido	1
▪ A comunicação de decisões a serem instituídas pela gestão	1
<b>Iniciativa dos trabalhadores das equipes para:</b>	
▪ A resolução de problemas relacionados à comunidade	2
▪ A discussão de problemas da UBSF	2
▪ A proposição de mudanças no processo de trabalho da equipe	1
▪ A satisfação de questões particulares	1
<b>Articulação com a Comunidade</b>	<b>Frequência (n = 15)</b>
<b>Iniciativa da gestão para:</b>	
▪ O desenvolvimento do trabalho assistencial	3
▪ A participação nos Conselhos de Saúde	3
▪ A participação em reuniões de diferentes associações organizadas pela comunidade	1
<b>Iniciativa da comunidade para:</b>	
▪ A obtenção de assistência individual	4
▪ A participação da gestão em reuniões dos Conselhos Locais	2
▪ A participação da gestão em atividades de grupo ou associação de moradores	2
<b>Iniciativa das equipes para:</b>	
▪ A participação da gestão em reuniões dos Conselhos Locais	1
▪ A intermediação completa entre a gestão e a comunidade	1

Fonte: FIGUEIREDO, P.P.; 2008.

No que diz respeito às **equipes**, prevalece a articulação por iniciativa da gestão em todos os municípios, com exceção de uma gestora, em que não foi possível estabelecer a relação de iniciativa em seu depoimento. Quando a iniciativa é da gestão, os enfoques variam, estando relacionados ao processo de trabalho das equipes de saúde, no sentido de organização/planejamento de ações; monitoramento e avaliação; cobrança por trabalho mal desenvolvido; consolidação do processo de trabalho, a partir da unificação de ações; comunicação de mudanças a serem instituídas; e acolhimento e sugestão de novas idéias mutuamente, tanto pela gestão como pelos trabalhadores.

Por outro lado, quando a iniciativa de articulação com a gestão é das equipes de saúde, verificou-se a procura individual dos trabalhadores, com enfoque na resolução de problemas mais pontuais “da” e “com” a comunidade, a partir da mediação da gestora e/ou agilização de exames de maior complexidade. Identificou-se, também, um enfoque na discussão de problemas da UBSF e na proposição de mudanças no processo de trabalho da equipe; além da satisfação de questões particulares, como a concessão de férias, folgas e licenças. O Quadro 6 sintetiza os principais exemplos da articulação da gestão com as equipes de saúde sob o aspecto da iniciativa.

**Quadro 6 – Exemplos de depoimentos que identificam a iniciativa de articulação entre a gestão e as equipes de saúde**

<b>Da Gestão</b>
<b>G1M12</b> <i>“E uma vez por mês reúno as duas equipes justamente para ter essa articulação... para ter algumas diretrizes e para as duas equipes seguirem, mais ou menos, uma mesma direção”.</i>
<b>G1M10</b> <i>“... geralmente uma vez por mês, nós fazemos reunião geral (...) para melhorar o serviço, tanto eles com idéias novas quanto a minha parte com idéias para eles”.</i>
<b>G1M3</b> <i>“Em tudo o que eu preciso, inclusive de cobrança. Agora mesmo, relatório que veio mal preenchido, eu vou direto ao enfermeiro...”.</i>
<b>G1M1</b> <i>“Então assim, coisas que eu sei que estão acontecendo, que de repente elas não se deram conta...”.</i>

### **Dos trabalhadores das equipes de saúde**

**G2M8** *“então as pessoas me acessam muito por celular: ‘Ai, estou com determinado problema com um paciente, preciso que tu resolvas para mim..’ (...). Ainda me acessam diretamente assim, ou vem aqui falar comigo ou ligam para o meu celular ou ligam para cá e pedem para falar comigo”.*

**G1M11** *“Algum exame mais complicado que a gente precise dar uma agilizada aqui, que vem do PSF. Acho que aí é que está essa relação”.*

**G1M5** *“De algum paciente que esteja com algum problema e chega aqui na coordenação para resolver, geralmente é isso. E a função também de recursos humanos, que eu trabalho bastante em função de férias, folgas, licença...”.*

No que concerne à articulação da gestão da ESF com a **comunidade** adstrita ao território das UBSF, averiguou-se a iniciativa de ambas ou, ainda, das equipes, de forma indireta. A articulação realizada por iniciativa da gestão assume um caráter assistencial em alguns municípios. Nesses casos, ela ocorre no desenvolvimento do trabalho assistencial, exercido concomitantemente pela gestora, por ocasião das visitas domiciliares, nos grupos de educação em saúde ou nas consultas/atendimentos individuais. Ainda com este cunho assistencial, num dos municípios a articulação acontece mediante a colaboração de representantes da comunidade que, por solicitação da gestora, captam informações sobre as famílias de mais difícil acesso e facilitam o seu atendimento.

Em outros municípios a iniciativa da gestão está associada à participação nos Conselhos de Saúde, quer seja como membro/conselheiro ou como suporte/assessoria à sua implementação. Ainda, se verificou o interesse voluntário de uma gestora em participar de reuniões organizadas pela comunidade, nas diversas associações existentes, a fim de conhecer o público para o qual trabalha.

Por conseguinte, quando a articulação parte da comunidade, sobressai a procura individual dos usuários para obtenção de assistência, como consultas, medicamentos e/ou exames. Além disso, a articulação acontece mediante os Conselheiros de Saúde, que solicitam a presença da gestão nas reuniões dos conselhos locais. Há, em outros municípios, a

solicitação coletiva da comunidade para a participação das gestoras em atividades de grupo, no âmbito da UBSF, ou em reuniões de associações de moradores.

Por fim, quando a articulação da gestão com a comunidade acontece de forma indireta, através das equipes de saúde, os trabalhadores costumam fazer a solicitação da sua presença nas reuniões do Conselho Local ou fazem a intermediação completa, sem que haja qualquer contato pessoal entre a gestora e a população. Abaixo, o Quadro 7 demonstra alguns exemplos da iniciativa de articulação entre a gestão e a comunidade.

**Quadro 7 – Exemplos de depoimentos que identificam a iniciativa de articulação entre a gestão e a comunidade**

<p><b>Da Gestão</b></p> <p><b>G1M2</b> “... a gente tem liberdade assim que se a gente precisa de alguém: estou precisando de alguém na área um que entre em contato com o pastor, para chamar para conversar, para dizer: ‘preciso que tu faças um trabalho lá [na comunidade]’... (...). e tem o telefone, a gente liga, eles vêm, tranquilos, tranquilos mesmo”.</p> <p><b>G1M11</b> “Comecei a ir lá para conversar com a comunidade (...) Aí vim com a proposta de conselhos locais, conseguimos montar todos os conselhos locais”.</p> <p><b>G1M11</b> “Eu assim, eu procurei quando cheguei aqui... procurei conhecer a comunidade, porque eu ia coordenar quatro equipes na época. Eu ia coordenar sem o conhecimento de causa? (...) aí eu comecei a ir nas reuniões de orçamento participativo que o município tem no interior... ”.</p> <p style="text-align: center;"><b>Da Comunidade</b></p> <p><b>G1M5</b> “Através deles mesmos que vem aqui muito nos procurar... através de contato telefônico, através de profissionais do posto de saúde (...) para intermediar, para nos pedir algum atendimento, alguma consulta, medicamento...”.</p> <p><b>G2M5</b> “A gente procura fazer as reuniões e essas reuniões com a comunidade são mais pontuais, é quando, justamente ela necessita. Ela marca alguma coisa, que é uma demanda, e ela quer discutir o assunto e nós vamos lá...”.</p> <p><b>G1M1</b> “Se ela [comunidade] solicita num grupo, se ela solicita em alguma situação...”.</p> <p><b>G2M8</b> “Então normalmente a equipe faz a solicitação: ‘olha, a gente quer uma reunião com a coordenação e a comunidade. Eles agendam, eles divulgam... Ou como aconteceu esse ano mesmo... a comunidade lá da (...) que pediu reunião com a coordenação. Bom, a gente vai, mas a equipe tem que estar presente, o conselho gestor local tem que estar presente.”</p>
---



A **classificação temporal e organizacional** é apresentada de forma concomitante, por se entender que não possam ser dissociadas, uma vez que se complementam. Entretanto, anteriormente à apresentação, é preciso explicitar o significado atribuído a cada uma delas separadamente, para que o leitor possa melhor identificá-las e compreendê-las.

A classificação temporal diz respeito à relação de pontualidade ou continuidade das ações de articulação, em que se considerou pontual aquela que tem início e fim em si mesma, sendo finalizada com a resolução da questão desencadeadora e/ou com a satisfação de alguma necessidade. A ação contínua, por outro lado, se prolonga em sua realização, sendo efetuada permanentemente ou com frequência preestabelecida e assídua.

A classificação organizacional refere-se à programação das ações de articulação, quando a mesma é agendada ou comunicada anteriormente à sua execução; ou à sua realização espontânea, motivada pela necessidade de quem a propõe, numa relação de tempo real e imediatismo, sem agendamento ou contato prévio.

A Tabela 7 sintetiza a relação estabelecida a cerca da classificação temporal e organizacional, evidenciando a frequência com que cada uma foi referida pelas gestoras.

**Tabela 7 – Classificação temporal e organizacional da articulação da gestão da ESF com as equipes de saúde e a comunidade**

<b>CLASSIFICAÇÃO TEMPORAL E ORGANIZACIONAL</b>	
<b>Articulação com as Equipes de Saúde</b>	<b>Frequência (n = 15)</b>
<b>Ações Pontuais e Programadas</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mediante a realização de reunião com as equipes de saúde, subentendendo-se a realização de contato prévio para aviso sobre a mesma</li> <li>▪ Mediante a realização de capacitações</li> </ul>	4  1
<b>Ações Pontuais e Espontâneas</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mediante a realização de contato telefônico e/ou visita de um trabalhador da equipe à gestão, por demanda espontânea</li> <li>▪ Mediante a realização de contato telefônico, visita da gestora à unidade de saúde e/ou reunião não programada com os trabalhadores das equipes, para a discussão de assuntos na medida em que aparecem</li> </ul>	3  2

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mediante a ocorrência de encontros informais entre trabalhadores das equipes e a gestão</li> </ul>	1
<b>Ações Contínuas e Programadas</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mediante a realização de reuniões da gestão com as equipes de saúde de forma permanente e com frequência definida (agenda)</li> </ul>	6
<b>Ações exclusivamente assistenciais</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mediante a realização de “todas as atividades”</li> </ul>	3
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mediante o provimento de recursos materiais, conforme a necessidade</li> </ul>	1
<b>Articulação com a Comunidade</b>	<b>Frequência (n = 15)</b>
<b>Ações Pontuais e Programadas</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mediante participações eventuais em reuniões com os conselhos de saúde</li> </ul>	2
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mediante a participação eventual em reuniões com associações de moradores</li> </ul>	2
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mediante participação esporádica em grupos de saúde na UBSF, por solicitação da comunidade</li> </ul>	1
<b>Ações Pontuais e Espontâneas</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mediante a realização de contato individual do usuário com a gestão por telefone e/ou em visita à sede da coordenação e/ou em visita da gestão à unidade de saúde</li> </ul>	5
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mediante contato da gestão com lideranças locais em busca de colaboração com o trabalho assistencial</li> </ul>	1
<b>Ações Contínuas e Programadas</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mediante a participação em reuniões do conselho de saúde, como membro efetivo/conselheiro</li> </ul>	2
<b>Ações exclusivamente assistenciais</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Mediante a realização de contatos individuais ou coletivos com a comunidade, em virtude do trabalho concomitante como trabalhadora da equipe de saúde</li> </ul>	2

Fonte: FIGUEIREDO, P.P., 2008

As ações de **articulação da gestão com as equipes consideradas pontuais e programadas** correspondem à realização de reuniões, em que são tratados assuntos referentes ao processo de trabalho das equipes, de acordo com necessidades evidenciadas geralmente pela gestora. Há, ainda, a realização de capacitações, referida pela gestora de um município.

O desenvolvimento de **ações pontuais e espontâneas** é representado, principalmente, pela realização de contato telefônico e/ou visita de um trabalhador da equipe à gestão, associado às necessidades emergentes no processo de trabalho assistencial e que demandam interferência deste nível para a resolução; quer seja no âmbito individual (do próprio trabalhador) ou coletivo (da equipe e/ou comunidade). Além disso, as ações pontuais e espontâneas podem ser exemplificadas pela discussão de problemas específicos identificados pela gestora, relacionados a reclamações recebidas, a indicadores de saúde aquém do preconizado ou a relatórios mal-preenchidos, na medida em que aparecem. Essas ações são desenvolvidas através de visita às UBSF, contato telefônico ou reunião não programada. Ainda, foi referida a discussão de idéias para implementação no processo de trabalho, por ocasião de encontros informais entre os trabalhadores das equipes e a gestão, especificamente nas aulas do curso de especialização.

No que diz respeito às **ações contínuas e programadas**, verificou-se a predominância da realização de reuniões com as equipes e visitas às UBSF, as quais acontecem permanentemente e com frequência definida, independente da existência de problemas a serem resolvidos. Nessas circunstâncias, são feitos o monitoramento e avaliação da produção das equipes, com a devolução dos resultados do trabalho; a exposição de dificuldades, descontentamentos e realizações; bem como o diálogo com os trabalhadores em busca de decisões consensuais.

Além dessas ações classificadas como pontuais ou contínuas, numa relação pontual ou programada, foi verificada a realização de **ações associadas exclusivamente ao trabalho assistencial exercido concomitantemente pela gestora**, às quais não se pode atribuir uma classificação segundo os critérios acima referidos. São exemplos as ações de articulação referidas que acontecem de modo permanente durante a sua prática, a partir das necessidades nela identificadas diariamente, quer seja pela própria gestora ou pelos demais trabalhadores

que compõem a equipe, em que se considera que a articulação é feita “*em todas as atividades*”. Há, ainda, a identificação de ações relativas ao provimento sistemático de recursos materiais para a execução do trabalho das equipes, de acordo com a sua demanda. Nesses casos a continuidade é dada pela relação assistencial do trabalho; entretanto, não se pode afirmar que é feita todo o tempo, durante a sua jornada de trabalho, e sim quando surgem oportunidades/necessidades. O Quadro 8, disposto a seguir demonstra alguns exemplos de depoimentos que identificam a realização da articulação da gestão com as equipes de saúde sob a classificação temporal e organizacional.

**Quadro 8 - Exemplos de depoimentos que identificam a realização da articulação da gestão com as equipes de saúde sob a classificação temporal e organizacional**

**Pontual e Programada**

**G1M3** “(...) *Quando eu vejo que a coisa está muito descontrolada, solicito reunião*”.

**Pontual e Espontânea**

**G1M5** “*Através de contato telefônico, sempre. Na maioria das vezes ou eles vêm aqui na coordenação*”.

**G1M10** “... *eles me procuram aqui na unidade (...) sempre eu estou visitando também, pelo celular ou visitando... a gente entra em contato e tenta resolver os problemas*”.

**G2M5** “... *nós temos um outro encontro informal, com discussão, inclusive, que é o da especialização. (...) a gente acaba encontrando as equipes, a gente conversa, discute muita coisa. O que pode fazer, de repente a gente aproveita uma idéia...*”

**Contínua e Programada**

**G1M8** “... *o acompanhamento nas unidades (...), a questão do processo do AMQ, a gente está direto sempre em contato. O monitoramento e avaliação da produção, que a gente faz essa análise mensal e depois volta nas unidades e depois volta isso para as equipes, aponta: olha, não estão batendo esses dados cadastrais com a tua produção, o que está acontecendo?*”

**G1M10** “... *geralmente uma vez por mês nós fazemos a reunião geral. Sempre tem as dificuldades, sempre tem descontentamento. Sempre tem as realizações e a gente sempre expõe em reunião*”.

**Ações exclusivamente assistenciais**

**G1M4** “*Olha, uma vez coordenadora tu tens que estar atenta em todas as atividades*”.

**G1M7** “... eles têm livre acesso, eles toda hora estão entrando (...). Então assim, durante o dia, acaba articulação direta, assim...”.

A classificação temporal e organizacional referente à articulação com a **comunidade** demonstra o predomínio das ações pontuais, programadas ou espontâneas. Primeiramente, as **ações pontuais e programadas** estão associadas a participações eventuais em reuniões com os conselhos de saúde ou com associações de bairro/moradores, conforme solicitação da comunidade, das equipes ou interesse do próprio gestor. Além disso, há a participação esporádica em grupos de saúde, no âmbito da UBSF por solicitação da comunidade.

As ações de caráter **pontual e espontâneo** acontecem através de contato individual da comunidade com a gestora, geralmente via telefone e/ou pela sua procura na sede da Coordenação e/ou quando a gestora visita as UBSF. Também, a articulação é feita de forma pontual e espontânea através do contato da gestão com lideranças locais, num sentido mais assistencial, em busca de colaboração com o trabalho e influenciado pela atuação concomitante como trabalhadora da equipe, em razão da captação de famílias adstritas.

No que diz respeito ao caráter **contínuo e programado**, menos prevalente, verificou-se a participação nas reuniões do Conselho de Saúde, em que o gestor é membro efetivo, ou seja, é também conselheiro. Por fim, assim como no caso das equipes de saúde, a articulação da gestão com a comunidade também apresentou **associação exclusiva com o desenvolvimento do processo de trabalho assistencial**, nas ações comuns à prática das gestoras, estando relacionadas à realização de visitas domiciliares e/ou nas consultas individuais e nos grupos de educação em saúde.

O Quadro 9, disposto abaixo, elucida alguns exemplos de depoimentos em que se torna possível a visualização das características da articulação da gestão com a comunidade em relação à classificação temporal e organizacional.

**Quadro 9 - Exemplos de depoimentos que identificam a realização da articulação da gestão com a comunidade sob a classificação temporal e organizacional**

**Pontual e Programada**

**G2M5** “... a gente procura fazer as reuniões e essas reuniões com a comunidade são mais pontuais, é quando, justamente, ela necessita. Ela marca alguma coisa, que é uma demanda, e ela quer discutir o assunto e nós vamos lá... Nós não temos uma data certa para fazer as reuniões. A gente vai quando tem essa demanda da própria comunidade, dos conselhos locais de saúde”.

**Pontual e Espontânea**

**G1M5** “A única que eu tenho contato é com a responsável do lar de idosos, que vem nos pedir cobertura médica e de enfermagem... (...) então a gente sempre procura, na medida que eles fazem solicitação da visita do médico, a gente sempre procura prestar esse serviço”.

**Contínua e Programada**

**G1M1** “Bom, a articulação com a comunidade principalmente com o conselho de saúde. Então assim... reunião do conselho, eu faço parte do conselho...”.

**Ações exclusivamente assistenciais**

**G1M7** “Dentro dos grupos, nas minhas atividades de enfermeira, não de coordenadora. Numa visita domiciliar, quando eu faço CP (...) o grupo de saúde mental, das festas”.

**4.2.2 Finalidades da articulação das gestoras da ESF com as equipes de saúde e a comunidade**

As finalidades da articulação das gestoras com as equipes de saúde e comunidade foram projetadas a partir do alcance das ações desenvolvidas, as quais se associam ao âmbito individual (da gestão, do trabalhador da UBSF ou da comunidade) ou coletivo (da equipe e da comunidade, em separado ou em conjunto). Na Tabela 8, a seguir, as finalidades aparecem dispostas em núcleos, representados de acordo com suas frequências referidas pelas gestoras investigadas.

**Tabela 8 – Núcleos de finalidade da articulação da gestão da ESF com as equipes de saúde e a comunidade.**

<b>NÚCLEO DE FINALIDADE DA ARTICULAÇÃO</b>	
<b>Articulação com as Equipes de Saúde</b>	<b>Freqüência (n = 15)</b>
<b>Resolutividade</b>	
▪ Com enfoque na qualidade do atendimento à comunidade	6
▪ Com enfoque na qualidade do trabalho das equipes, a partir da satisfação de necessidades pessoais dos trabalhadores	3
▪ Com enfoque na qualidade do trabalho das equipes, relacionada ao seu funcionamento	2
▪ Com enfoque na qualidade do trabalho das equipes, a partir da satisfação de necessidades dos trabalhadores relacionadas a problemas com a comunidade	1
<b>Produtividade</b>	
▪ Com enfoque nos indicadores de saúde, nas metas e nos relatórios	4
<b>Consolidação</b>	
▪ Com enfoque na adoção de ações e/ou diretrizes semelhantes entre as equipes de saúde	4
<b>Avaliação</b>	
▪ Com enfoque na própria Estratégia Saúde da Família e/ou nas equipes, no sentido de modificar o trabalho realizado	2
<b>Comunicação</b>	
▪ Com enfoque no aviso de decisões da gestão para as equipes	1
<b>Articulação com a Comunidade</b>	<b>Freqüência (n = 15)</b>
<b>Resolutividade</b>	
▪ Com enfoque na qualidade do atendimento à comunidade, a partir da satisfação de suas necessidades	7
▪ Com enfoque na satisfação de necessidades dos gestores	2
<b>Avaliação</b>	
▪ Com enfoque na satisfação da comunidade	4
<b>Comunicação</b>	
▪ Com enfoque no conhecimento de dificuldades e especificidades dos usuários	1
▪ Com enfoque na prestação de esclarecimentos à comunidade	1

Fonte: FIGUEIREDO, P.P.; 2008.

As finalidades da **articulação da gestão com as equipes de saúde** foram distribuídas em cinco núcleos, a saber: resolutividade; produtividade; consolidação; avaliação; e comunicação. Cada um dos núcleos pode apresentar enfoques particulares, os quais estão descritos abaixo.

No que diz respeito à **resolutividade**, identificou-se vários enfoques, sendo que o primeiro está relacionado à **qualidade do atendimento à comunidade**, com associação à satisfação de suas necessidades, o que pode acontecer mediante a consideração de características loco-regionais, a partir do interesse em melhorar os indicadores de saúde, especificamente referido os de saúde da mulher e concernentes à assistência pré-natal; além da menção em priorizar as ações de saúde ou em executar todos os programas instituídos pelo Ministério da Saúde, de acordo com os diagnósticos locais. Ainda quanto à qualidade do atendimento à comunidade, verificou-se que a finalidade de articulação com as equipes está relacionada ao direcionamento dos usuários a um trabalhador da equipe que possa resolver o seu problema, durante o exercício concomitante do trabalho assistencial e de gestão.

O segundo enfoque da **resolutividade** diz respeito à **qualidade do trabalho das equipes**, obtida a partir da satisfação de necessidades pessoais dos trabalhadores, dentre as quais se podem citar a concessão de férias, folgas e licenças; a comunicação de expectativas acerca da gestão; e a comunicação de dificuldades e descontentamentos, cada uma referida por uma gestora diferente. Além disso, a resolutividade com enfoque no trabalho das equipes se relacionou ao seu funcionamento, visando a organização do processo de trabalho e do fornecimento de recursos materiais, como insumos, vacinas e equipamentos. Ainda com relação à qualidade do trabalho das equipes, a resolutividade se mostrou associada à satisfação de problemas com a comunidade, a partir da mediação da gestora para a sua solução.



Ao núcleo denominado de **produtividade**, a finalidade da articulação da gestão com as equipes está relacionada à melhora nos indicadores de saúde; ao alcance de metas; ao repasse de informações sobre a produção para a coordenadoria; e ao envio de relatórios visando ao recebimento de verbas sem atraso, lembrando-se que cada aspecto foi referido por uma gestora diferente.

O núcleo de finalidades chamado de **consolidação** diz respeito à unificação do processo de trabalho das equipes, com enfoque na adoção de ações e/ou diretrizes semelhantes entre as equipes de saúde, no sentido de que adotem um mesmo discurso e trabalhem em sintonia.

Por fim, o núcleo de finalidades respectivo à **avaliação** mostrou-se relacionado à própria ESF e/ou às equipes de saúde, no sentido de modificar o trabalho de acordo com as características loco-regionais e as solicitações dos trabalhadores, ao passo que a finalidade representada no núcleo de **comunicação** diz respeito ao aviso às equipes sobre mudanças ocorridas na gestão, com enfoque na adesão pelos trabalhadores.

No Quadro 10 estão descritos alguns exemplos de finalidades da articulação da gestão com as equipes de saúde.

#### **Quadro 10 – Exemplos de depoimentos que identificam a finalidade da articulação da gestão com as equipes de saúde**

<b>Resolutividade</b>
<b>G1M3</b> <i>“E por que eu faço? Para que o paciente tenha qualidade no atendimento”.</i>
<b>G1M10</b> <i>“Para melhorar o serviço. Tanto eles com idéias novas quanto a minha parte com idéias para eles”.</i>
<b>G1M5</b> <i>“Geralmente, para intervir em alguma situação, ou para fazer alguma mediação de algum paciente que está descontente, ou de algum caso de... algum paciente que esteja com algum problema e chega aqui na coordenação para resolver. (...) E a função também de recursos humanos, que eu trabalho bastante, em função de férias, folgas, licença...”.</i>
<b>G1M4</b> <i>“... tem que estar inteirado com as equipes, ou coordenador-equipe ou equipe-coordenador,</i>

*para poder resolver. Porque resolução, vamos dizer assim, melhora a qualidade do trabalho”.*

**G1M8** *“Eu acho que a gente faz no sentido assim, porque a gente tem que trabalhar dentro das necessidades. Então se a coordenação achar que tem que ser por esse caminho, sem levar em consideração qual é a necessidade, as expectativas dessas equipes, a gente não vai estar trabalhando dentro de um trabalho resolutivo”.*

#### **Produtividade**

**G1M11** *“A finalidade é ter um serviço de maior qualidade (...), ter um serviço que tenha todos os programas preconizados pelo ministério, de acordo com os diagnósticos implantados. Os serviços que estejam sempre com as suas obrigações em dia (...), um serviço que não tenha atraso no repasse de verbas”.*

#### **Consolidação**

**G1M6** *“... Para a gente tentar conseguir uma coisa uniforme, que todo mundo fale a mesma língua”.*

#### **Avaliação**

**G2M5** *“Eu acho que a primeira coisa é avaliar o programa em si, sabe? Muita coisa que a gente implantou hoje nasceu dessas conversas que a gente tem do trabalhador (...). E acho que a gente conseguiu modificar muitas coisas”.*

#### **Comunicação**

**G1M9** *“Para que todos saibam”.*

As finalidades da **articulação da gestão com a comunidade** foram distribuídas em três núcleos: resolutividade; avaliação; e comunicação, em que cada um pode apresentar enfoques particulares, os quais estão descritos a seguir.

O núcleo de finalidades da articulação da gestão com a comunidade referente à **resolutividade** pode estar associado ao fornecimento de medicações, consultas, encaminhamentos e marcação de exames e à satisfação das expectativas da comunidade, quanto ao seu ambiente de vida, exemplificado pelo fechamento de valetas, o que remete ao **enfoque de qualidade do atendimento à comunidade**, a partir da satisfação de suas necessidades.

Também são comuns ao núcleo da resolutividade as finalidades com **enfoque na satisfação de necessidades das gestoras**, no sentido de satisfação pessoal com os resultados

do trabalho ou de obtenção de informações sobre famílias adstritas ao seu território de atuação, com conseqüente colaboração no trabalho assistencial.

Em relação ao núcleo denominado de **avaliação**, verificaram-se as finalidades associadas ao enfoque de satisfação da comunidade com relação ao trabalho desenvolvido e às equipes de saúde; bem como quanto à qualidade dos serviços prestados e à estrutura física das unidades, no sentido de identificar falhas e aspectos em que se possam melhorar, podendo ser realizada através da escuta de queixas, reclamações, elogios e/ou sugestões de melhorias a serem instituídas.

Por fim, o núcleo de finalidades concernentes à **comunicação** assumiu dois enfoques distintos, em que o primeiro diz respeito ao conhecimento pela gestora de dificuldades e especificidades da clientela e o segundo refere-se à prestação de esclarecimentos à comunidade, relacionada ao funcionamento das equipes e ao número reduzido de atendimentos ou a sua inexistência; bem como à identificação da gestora como referência na resolução de problemas.

O Quadro 11, disposto abaixo, contém depoimentos que exemplificam algumas finalidades atribuídas pela gestão para a sua articulação com a comunidade adstrita ao território das UBSF.

**Quadro 11 – Exemplos de depoimentos que identificam a finalidade da articulação da gestão com a comunidade**

**Resolutividade**

**G1M5** *“Para solucionar algum problema que eles nos trazem...”*.

**G1M8** *“...para que a gente consiga sanar um pouco das necessidades dessa clientela, desses sujeitos, e dar mais um suporte também para a equipe poder trabalhar”*.

**G1M11** *“Então a gente procura sempre atender as necessidades deles. Benefício para eles, benefício para nós, trabalho junto, população satisfeita, servidor feliz! (risos) E gestão com sensação de dever cumprido”*.

**G1M2** “Para a gente conseguir dados das famílias que estejam faltando... (...) podia citar mil exemplos... uma área lá está dando surto de diarreia, mas ninguém daquela casa veio aqui, então nós precisamos ir para lá. O pastor vem, faz a comunicação, a gente vai. É para ajudar mesmo o nosso trabalho”.

#### **Avaliação**

**G2M5** “... o objetivo é conversar com eles. Saber na verdade o que eles pensam da saúde naquela local. É mais uma avaliação que eles têm, como unidade, dos serviços de saúde, de que forma estão sendo prestados e de como está sendo o PSF naquela unidade. Desde a avaliação da estrutura física, desde a avaliação dos profissionais e da qualidade dos serviços oferecidos”.

**G2M8** “Olha, eu acho que para poder avaliar o trabalho. Porque à medida que a comunidade vem trazer queixas ou elogios. (...) eu acho que é mais no sentido de ouvir o que eles têm para dizer, se está legal, se não está, o que eles querem que mude...”

#### **Comunicação**

**G1M1** “E a finalidade é que eu acho assim: a comunidade nem tem essa noção de coordenadora, a comunidade nem sabe, eu acho, direito o que é coordenadora, ou que eu sou coordenadora.

**G1M1** “Reunião do conselho, eu faço parte do conselho, então é onde vem a questão... ‘como é que é a ficha tal? Por que o dentista nunca tem ficha? Por que o agente comunitário não visitou?’”

### **Discussão**

A discussão desse subcapítulo compreende os fatores socioambientais que influenciam na articulação da gestão com as equipes de saúde e a comunidade, especialmente representados pelas características das gestoras no que diz respeito à formação como enfermeiras, à ocupação da função assistencial concomitante, e ao papel desempenhado como articuladora, na relação com as políticas públicas de saúde que subsidiam o trabalho na ESF. Lembra-se que, diferentemente do primeiro subcapítulo, não será feita associação dos resultados encontrados com o tamanho do município, tendo em vista que a razão de frequência obtida para os dados analisados não a justifica.

O Pacto de Gestão, como política nacional integrante do Pacto Pela Saúde, estabelece responsabilidades aos entes federados para a obtenção de uma gestão compartilhada e solidária do SUS. Nele, estão explicitados os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho, em que haja espaços permanentes de negociação entre gestores e demais trabalhadores da saúde, bem como com a comunidade (BRASIL, 2006b).

Como destaque ao início da discussão, será abordada a participação da enfermeira como preferencial contato da gestão com as equipes de saúde. Nessa perspectiva, a enfermeira foi apontada como figura central na articulação da gestão com as equipes de saúde, sendo referida individualmente ou como um dos membros da equipe, quando todos são apontados; e ainda, como coordenadora/representante da UBSF. Isso pode se justificar pela percepção de que a enfermeira seja uma facilitadora para a execução do trabalho dos demais profissionais, além de ser considerada a detentora de mais informações sobre o funcionamento do serviço e potencial esclarecedora de dúvidas surgidas no decorrer da prática assistencial (WITT, 2005). Esse fato evidencia aspectos qualitativos da formação e habilitação da enfermeira para assumir a posição de articulação e coordenação da ESF. Não obstante, a permanência dessa profissional por mais tempo nos serviços; a sua visão mais geral e específica sobre o funcionamento das unidades básicas; e a sua habilitação para o gerenciamento, atribuídos às características de sua formação, a fazem ter destaque no trabalho em saúde coletiva (WITT, 2005).

O fato de a articulação ser feita preferencialmente com as enfermeiras também pode estar relacionado à predominância dessa categoria profissional entre as gestoras, condizendo com a característica quantitativa da presença da enfermeira nessa posição de trabalho. Nesse caso, a comunicação poderia ser facilitada, tendo em vista as semelhanças no processo formativo e de trabalho, o que pode não ocorrer com outras categorias profissionais. Nesse

contexto, há de se convir, também, que trabalhadores de saúde ainda têm pouca participação nas decisões referentes às unidades em que trabalham o que pode ser explicado pela percepção de complicações e complexidade nesse processo, vinculada a uma gestão centralizada (BRASIL, 2007).

Quanto à iniciativa da articulação com as equipes, foram identificadas semelhanças com os resultados encontrados no subcapítulo anterior. Quando há iniciativa da gestora, as ações estão associadas ao desenvolvimento de funções comuns à realização do próprio trabalho de gestão, em consonância com o conceito de gestão disposto na NOB 01/96, sob os aspectos de planejamento, acompanhamento, articulação, controle e avaliação. Em comparação com os achados no subcapítulo anterior, verifica-se a presença das ações de monitoramento e avaliação, bem como de funcionamento e organização da ESF, em que o elemento comunicação ora assume um caráter de negociação, ora assume um aspecto de controle.

Além da NOB 01/96, a PNAB reforça como responsabilidades da gestão municipal da ESF a garantia de infra-estrutura necessária ao funcionamento das equipes de saúde; a atualização sistemática dos sistemas de informação nacionais e a qualidade e consistência dos dados; e o acompanhamento e avaliação do trabalho da atenção básica, o que sugere a coerência do trabalho da gestão com as políticas de saúde nacionais, especialmente aquelas diretamente relacionadas ao trabalho na Saúde da Família (BRASIL, 2006a).

A partir de um dos conceitos de gestão utilizados nesse estudo, em que as políticas de saúde se constituem num dos “vetores-dobra” inerentes ao trabalho, entende-se que não seja possível propor ou pensar a gestão em saúde sem considerar o modo como essas políticas se constroem, as quais necessitam comprometer-se “com a coletivização da gestão, com a publicização das relações entre trabalho (saberes), sujeitos (necessidades, desejos e interesses) e poderes (modos de pôr em relação saberes e sujeitos)” (BARROS; BARROS, 2007).

Nesse caso, o exercício da gestão, influenciado pelas políticas públicas, implica acolhimento de necessidades dos trabalhadores das equipes de saúde, no sentido de resolver os problemas identificados durante a prática assistencial cotidiana ou mesmo necessidades pessoais. Sob esse prisma, verifica-se que, apesar da iniciativa de articulação com a gestão muitas vezes ser das equipes de saúde, ou seja, da base para a coordenação, as gestoras estudadas mostram-se atentas e acessíveis à exposição das dificuldades encontradas pelas equipes das UBSF, quando procuradas por telefone ou em visita à sede da coordenação. O fato de as equipes acionarem a gestão local representa uma tendência à demanda espontânea, pois a articulação desenvolvida pela gestão passa a ser condicionada à ação do seu objeto e não de sua ação sobre o mesmo; o que não significa que esta seja uma característica de maior ou menor importância, porém, que merece atenção para que não se torne predominante no trabalho, especialmente quando se pretende desenvolver uma prática de co-gestão.

Nas situações em que a gestora exerce concomitantemente a função assistencial, verificou-se que a ESF nos municípios contava com apenas uma equipe de saúde, o que pode explicar a sua atuação em ambas as posições de trabalho. Contudo, seria o caso, então, de referir essas trabalhadoras como gerentes da Saúde da Família e não como gestoras, tendo em vista o conceito de gerência descrito na NOB 01/96: “a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, instituto, fundação, etc.), que se caracteriza como prestador de serviços ao Sistema” (BRASIL, 1996, p.6).

Diante disso, o trabalho administrativo dessas profissionais acontece no desenvolvimento do seu processo de trabalho, através do qual mantém contato direto com os demais trabalhadores da equipe, conseqüentemente, chamando-o de articulação. O contato proporcionado pelo trabalho integrado à equipe favorece o conhecimento de limites e possibilidades, nas quais se pode intervir para a obtenção de uma melhora na qualidade dos serviços prestados aos usuários. Entretanto, há de se pensar na influência negativa que essa

atuação concomitante como trabalhadora assistencial e gerencial pode gerar. Uma delas diz respeito à própria concepção de gestão que permeia o agir em saúde, uma vez verificadas dificuldades em especificar e/ou diferenciar quais são as suas atribuições como coordenação da ESF.

A partir disso, tanto a função assistencial pode ficar limitada quanto a gerencial, uma vez que os enfoques dados ao trabalho pelas profissionais estudadas se assemelham, podendo ser sub ou supervalorizados aspectos importantes de uma ou outra função, como por exemplo, a preocupação excessiva com a prestação de cuidados em detrimento da discussão sistemática de indicadores de saúde, os quais subsidiariam o planejamento da assistência, qualificando-a. Conforme reconhecido por um dos sujeitos investigados por Vanderlei e Almeida (2007), se o gestor não souber o que é a Estratégia nem a sua importância para o melhoramento da saúde, há um risco maior de que ela não dê certo e, segundo os achados no presente estudo, essa confusão entre as funções assistenciais e de gestão pode muito bem contribuir para o insucesso da Saúde da Família.

A dicotomia gerência/assistência tem sido objeto de longa discussão para a enfermagem, uma vez que as enfermeiras têm questionado o afastamento das atividades do cuidado para assumir o gerenciamento dos serviços de enfermagem e de saúde, o que parece refletir na baixa concordância dessas profissionais em relação à sua competência administrativa no âmbito da saúde pública (WITT, 2005; PASSOS; CIOSAK, 2006).

De forma mais geral, a partir dos elementos verificados nos depoimentos das gestoras, foi possível apreender características próximas a uma gestão participativa, dentre as quais se destacam o acolhimento e a sugestão de novas idéias mutuamente pelas equipes e a gestão; a discussão de indicadores e/ou fragilidades derivados do trabalho das equipes; a realização de reuniões inseridas na rotina da gestão, independentemente da existência de problemas; a



devolução dos resultados do trabalho; a exposição de dificuldades, descontentamentos e realizações; bem como o diálogo em busca de decisões consensuais.

Toma-se como subsídio para a discussão desses aspectos apontados a obra de Campos (1998), o Pacto pela Saúde (2006) e a Política Nacional de Humanização (2007). A partir desses documentos, que constituem uma das bases teóricas do estudo, identifica-se nos elementos anteriormente descritos uma propensão da gestão, no cenário investigado, para a democratização de sua prática em saúde, ainda que mantenham paralelamente aspectos que reforcem a lógica de gestão tradicional.

A sensibilização das gestoras para os problemas vivenciados pelas equipes atuantes nas UBSF e a conseqüente criação de espaços para a sua discussão caminham para o encontro de uma gestão mais flexível, em certo modo, valorando a participação coletiva no processo de gestão, a partir do estabelecimento de vínculos solidários entre o gestor e os trabalhadores das UBSF. Estas questões vão ao encontro dos valores que norteiam a Política Nacional de Humanização, especificamente no que se refere à denominada co-gestão (BRASIL, 2007), como elucidado no subcapítulo anterior em relação às ações e concepções de gestão.

Nessa perspectiva, conforme indica a Política Nacional de Humanização, é necessária a construção de espaços não necessariamente formais para o exercício da participação social na gestão do sistema de saúde, pontuando-se o incentivo e a valoração de práticas no “dia-a-dia” das unidades de atenção do SUS, exatamente como o que se verificou na pesquisa (BRASIL, 2007), nos espaços criados para o acolhimento e sugestão de novas idéias; para a discussão de indicadores de saúde e/ou fragilidades; devolução dos resultados do trabalho; exposição de dificuldades e compartilhamento de realizações. Diante disso, acredita-se que a constituição desses espaços identifica um primeiro passo para o exercício do protagonismo das equipes de saúde na construção do processo de trabalho no âmbito da ESF.

Em conformidade com essa conjuntura, o Pacto de Gestão (BRASIL, 2006b) atribui à gestão municipal a criação de espaços de negociação permanentes entre trabalhadores e gestores, o que foi encontrado em algumas localidades estudadas, por ocasião das reuniões programadas e de rotina, realizadas independentemente da ocorrência de problemas. Acredita-se que esta seja uma estratégia pró-ativa de articulação da gestão com as equipes de saúde, a partir da qual se pode exercitar a co-gestão, em que todos participam do governo e ninguém decide sozinho o que fazer. Segundo Campos (1998, p. 869), isso significa “governar junto, não somente ser governado ou imaginar o delírio de governar-se ignorando as imposições da realidade”. A partir de então, pode-se estabelecer um equilíbrio entre autonomia e responsabilidade, em que tanto trabalhadores como usuários do sistema de saúde saem ganhando, tendo em vista o maior comprometimento das equipes com a prestação dos cuidados, mediante a autonomia recebida para o planejamento e execução de suas ações.

Ao contrário disso, outros elementos presentes nos depoimentos das gestoras suscitam a manutenção de características comuns à gestão mais clássica/tradicional. Dentre esses elementos encontrados no trabalho das gestoras tem-se a articulação com as equipes com enfoque na cobrança por trabalho mal desenvolvido; a unificação de ações; a comunicação de mudanças com o propósito de adesão pelas equipes, sem que haja uma decisão compartilhada; e a realização predominante de ações pontuais junto às equipes de saúde na iminência de problemas, tais como reclamações, indicadores de saúde abaixo do preconizado e preenchimento inadequado de relatórios.

Salienta-se que não necessariamente esses aspectos sejam negativos e prejudiciais à prática da ESF. Ao contrário, fazem-se também necessários, em alguns momentos, para o desenvolvimento do processo de trabalho. Entretanto, é preocupante o fato de que sejam os únicos ou principais meios usados para a articulação das gestoras com as equipes das UBSF em alguns municípios investigados. Nesse sentido, o que se pretende destacar é a atenção para

a reprodução predominante dos elementos da gestão tradicional e em conformidade com as características de divisão e padronização do trabalho; ênfase em aspectos organizacionais e funcionais e na separação entre o sujeito que pensa e planeja a assistência e aquele que a executa (TAYLOR, 1970).

No que condiz à **articulação com a comunidade**, encontrou-se que a gestão frequentemente associa-se aos conselhos de saúde ou à população de forma individual muito mais pela busca e solicitação dos sujeitos do que por iniciativa própria das gestoras. Como a comunidade constitui-se em objeto indireto do processo de trabalho das gestoras, talvez as limitações existentes na articulação com seus representantes possam ser justificadas pela própria concepção de gestão que permeia a prática dessas trabalhadoras. Embora se verifique, com destaque, a avaliação dos serviços prestados; a satisfação para com eles; a resolutividade e a conseqüente melhora no atendimento como finalidades da sua articulação com a comunidade, ainda é preciso avançar nos aspectos referentes ao contato com a comunidade e à iniciativa de articulação.

Nesse estudo, na maioria dos casos, o que se verificou foi a participação da gestão da ESF nas reuniões do conselho local de saúde por convite da população, com a finalidade de esclarecer dúvidas e/ou na iminência de algum problema identificado pela comunidade. Apesar da relação com os Conselhos de Saúde caracterizar a existência de movimentos para uma gestão compartilhada, as dificuldades de comunicação entre os distritos, as unidades de saúde da família, os coordenadores, os gerentes e a população indicam desafios a serem superados (KANTORSKI; JARDIM; COIMBRA; OLIVEIRA; HECK, 2006).

Conforme Campos (1998) e Schneider; Miranda; Kujawa; Andrade; Both; Brutscher (2007), a participação da comunidade no sistema de saúde tem se limitado aos conselhos de saúde. Entretanto, é preciso construir outros espaços em que a comunidade possa não só expressar a sua satisfação/insatisfação; avaliar o trabalho e/ou solicitar assistência, como

também atuar mais diretamente nas tomadas de decisão sobre as modificações a serem realizadas na assistência. É preciso, pois, reforçar junto aos gestores de saúde, e não só no âmbito da ESF, mas de uma forma geral, a importância de tomarem a iniciativa de participação em reuniões outras da comunidade, que não somente os espaços formais representados pelos Conselhos de Saúde perante a solicitação do povo e/ou das equipes. É necessário, nessa conjuntura, tomar como exemplo a atitude de uma das gestoras estudadas que, por interesse próprio, buscou conhecer a população para a qual trabalha através da participação voluntária em reuniões de diferentes associações de bairro.

Ao encontro disso, quando a articulação da gestão com a comunidade aconteceu em outros espaços, focalizaram-se, na maioria dos casos, os contatos individuais de usuários via telefone e/ou visita à sede da coordenação para a satisfação de necessidades pessoais, frequentemente relacionadas à obtenção de medicamentos, consultas, encaminhamentos ou exames não conseguidos da UBSF.

Essa questão proporciona a reflexão sob dois sentidos, a saber: a) as dificuldades do próprio sistema de saúde em satisfazer as necessidades demandadas pela clientela; b) a lógica “apaga-incêndio” adotada pela gestão.

O sentido relacionado às dificuldades de resolutividade no nível da atenção básica mostra que, apesar da Saúde da Família ser considerada estratégia prioritária de atenção e a ela se tenha instituído como princípio a resolução dos problemas mais frequentes que apareçam nos territórios adstritos (BRASIL, 2006a), parece não estar atendendo às necessidades da comunidade. Isso pode ser visualizado pela persistência de dificuldades já identificadas por outros autores (CAMPOS, 2007; MACHADO; LIMA; VIANA, 2008; ROCHA et al, 2008) acerca dos fluxos de referência aos níveis de atenção mais complexos, o que acaba constituindo em um dos obstáculos à consolidação da ESF como porta de entrada

preferencial no sistema de saúde, bem como nível assistencial responsável pela resolução da grande parte dos problemas identificados no seu âmbito de atuação.

As limitações impostas pela dificuldade de obtenção de requisitos mínimos ao tratamento dos problemas apresentados pela comunidade, por sua vez, fazem ruir a lógica de hierarquização do sistema, pois, não se conseguindo a resolução de suas necessidades, é comum que a população procure de imediato outros níveis de atenção, geralmente hospitalar, nas próximas vezes em que precisar de assistência, superlotando as instituições de maior complexidade e fazendo delas a porta de entrada no sistema de saúde.

O segundo sentido a ser refletido diz respeito à manutenção de uma sistemática de trabalho “apaga-incêndio”, em que a gestão age perante as necessidades pontuais e emergenciais da população, tendo como finalidade a resolução dos seus problemas. Sendo assim, enquanto a gestão mantiver como principal contato com a população a solicitação individual dos usuários para a resolução dos seus problemas e limitar-se à participação nos Conselhos de Saúde por convite da comunidade e/ou das equipes e não por iniciativa própria, tem-se a modificar sua prática em prol do exercício de uma gestão mais participativa. Acredita-se que a gestão precise manter contato direto com seu objeto de trabalho, não somente com a finalidade de satisfazer suas necessidades através da concessão de elementos para a intervenção no processo saúde-doença, como foi encontrado nesse estudo, mas também para o compartilhamento de decisões acerca da atenção que vem recebendo. Não basta atuar no que já está dado e somente acolher sugestões individuais. É preciso, pois, articular-se nos momentos de tomada de decisão junto ao coletivo e não necessariamente nos espaços formais dos conselhos de saúde.

O acolhimento de queixas, reclamações ou de necessidades de assistência deve ser utilizado como tecnologia para o atendimento da demanda espontânea, contudo, com o propósito maior de identificar as lacunas no atendimento e proceder ao planejamento e

organização de práticas mais condizentes com a realidade da clientela. Nesse caso, o acolhimento dos usuários, como já tem sido feito pelos sujeitos estudados, poderia ser convertido como prática contínua na sua agenda e não de forma pontual como tem se mostrado, no sentido de que, permanentemente, os usuários da ESF, individual ou coletivamente, possam expressar suas satisfações e insatisfações com o trabalho desenvolvido e com a assistência recebida, contribuindo para a modificação dos aspectos mais frágeis e reforçando a permanência das fortalezas já existentes.

A partir disso, sugere-se considerar um maior avanço na questão de incentivar o protagonismo dos sujeitos e superar a lógica “conselho-centrada” de articulação com a comunidade, até então verificada em diferentes estudos, inclusive neste.

### **4.3 DIÁLOGO REFLETIDO COM GESTORES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Tendo em vista a proposta de devolução dos resultados da pesquisa aos sujeitos participantes do estudo desde o início do processo do mestrado, este terceiro subcapítulo trata da descrição da experiência, no sentido de elucidar o caminho percorrido para tal e as percepções obtidas na realização do trabalho, o que talvez tenha se mostrado um reflexo da condição política que permeia as práticas em saúde e, em específico, da Saúde da Família.

Inicialmente, o objetivo do Seminário Temático (ST) apresentado aos gestores foi o de “promover um diálogo refletido com os trabalhadores gestores da Estratégia Saúde da Família Local e Regional, sobre o conteúdo e a forma do modelo assistencial que estrutura o seu trabalho e como se engendram as relações entre estes modelos e as necessidades socioambientais e históricas no espaço-ação da 3ª CRS/RS”. Pode-se considerar que esse seja um desdobramento do objetivo específico elucidado na dissertação, de “devolver aos gestores da ESF da 3ª CRS/RS os resultados da pesquisa sobre o processo de trabalho no tempo em que foi investigado, de modo que identifiquem possíveis fortalezas e fragilidades e possam agir positivamente para a melhora na qualidade da Estratégia no seu âmbito de atuação”. Em busca do alcance do objetivo e do seu desdobramento, o ST foi organizado em cinco etapas distintas, as quais serão descritas a seguir. Antes disso, entretanto, é preciso apresentar sucintamente as características contextuais dos sujeitos participantes.

#### **4.3.1 Apresentação contextual dos Gestores presentes no Seminário Temático**

Apesar do esforço em comunicar e sensibilizar os representantes dos 12 municípios que anteriormente participaram da pesquisa, esta etapa de devolução dos resultados contou com a presença de gestores de quatro municípios da 3ª CRS/RS, além da coordenação regional. Diante disso, vieram ao ST os representantes dos municípios identificados com os códigos 5, 7, 8 e 11. À exceção do município 11, os demais enviaram dois representantes. Dentre os sujeitos, estavam presentes coordenadores adjuntos da ESF; ex-coordenadores; assessores de planejamento; e coordenadores técnicos. Salienta-se que dos municípios que confirmaram presença, um não enviou representante, ao passo que um município que se fez presente não havia confirmado a presença de seus representantes.

Em alguns municípios, a gestão se mantém em relação ao ano de 2006, tempo em que a entrevista semi-estruturada foi realizada. Em outros, houve a troca parcial ou completa dos gestores e, ainda, há casos em que aconteceram mudanças de cargos dentro da própria gestão, mantendo-se as mesmas pessoas.

Num dos municípios, foi verificada a manutenção da função assistencial concomitante à de gestão, enquanto nos demais os profissionais atuam exclusivamente na gestão.

#### **4.3.2 Operacionalização do Seminário Temático**

Como referido anteriormente na metodologia, o ST foi realizado no dia 22 de agosto do ano de 2008, tendo início previsto para as 8h30min e término as 12h30min. Entretanto,



devido às dificuldades de deslocamento, alguns participantes chegaram com aproximadamente uma hora de atraso, o que repercutiu diretamente na dinâmica das atividades e etapas propostas.

A etapa I, de sensibilização dos participantes, foi realizada mediante a apresentação da proposta de trabalho, salientando-se que não se tratava de uma validação dos dados, mas de um compromisso ético com os sujeitos da pesquisa, no sentido de devolver os resultados encontrados para que pudessem identificar no seu processo de trabalho, enquanto gestores de uma das estratégias prioritárias do sistema de saúde nacional, elementos propulsores de qualificação do processo de trabalho. Diante disso, foi enfatizado que, independentemente das mudanças ocorridas entre os gestores, a devolução dos resultados se mostrava importante, pois revelava um estado da gestão no ano de 2006 e que poderia ou não estar se mantendo na gestão atual, tanto no que se referia às fortalezas ou fragilidades.

Além disso, a etapa de sensibilização dos gestores incluiu o questionamento de por que estavam ali presentes e quais eram as suas expectativas quanto à proposta do ST. Dentre as razões para a presença no evento foram referidas a crença no processo de trabalho da Saúde da Família e a importância na troca de experiências com a academia; o enriquecimento e intercâmbio de conhecimentos; a necessidade de investir na ESF e a possibilidade de obter resultados positivos com isso; além do acompanhamento dos resultados da pesquisa.

A etapa II compreendeu a apresentação multimídia dos resultados acerca da questão sobre o trabalho desenvolvido pelo coordenador da ESF. Com duração aproximada de uma hora, a exposição contemplou uma introdução ao tema, o objetivo e a justificativa para a realização da pesquisa; bem como os aspectos teórico-metodológicos adotados para a coleta e análise dos dados. Além disso, foi realizada uma breve caracterização do local do estudo e dos sujeitos participantes. A apresentação dos resultados propriamente dita, como mencionado acima, deteve-se na primeira questão de pesquisa desse estudo, relacionada ao trabalho do

gestor na coordenação, revelando como atividades comuns ao seu processo de trabalho a organização/funcionamento da ESF; a formação/educação permanente ou continuada; e o monitoramento e avaliação.

Alguns pontos foram levantados para a discussão, relacionados às concepções de gestão evidenciadas, quais sejam: a) gestão clássica, representada pelos aspectos de administração de recursos humanos e materiais, a padronização do trabalho, e a imposição de responsabilidade e controle do trabalho; b) co-gestão, identificada pelo compartilhamento de decisões entre a gestão, as equipes e os usuários, pelo respeito à autonomia das equipes, pela negociação de responsabilidades e pelo monitoramento e avaliação da satisfação das equipes e/ou comunidade. Além disso, outros pontos para a discussão incluíram as diferentes fases de consolidação da ESF nos municípios, apreendidas pela predominância ou falta de determinados aspectos no processo de trabalho da gestão; assim como a relação do trabalho das gestoras com as políticas de saúde.

Após o levantamento e sugestão destas questões, procedeu-se à etapa III do ST, com a organização dos grupos de trabalho. Devido às características dos sujeitos presentes, como a participação de poucos municípios e a representatividade de dois indivíduos de um mesmo município, aplicado a três casos, o grupo entrou em consenso junto às organizadoras do evento para que se formassem duplas de discussão, no âmbito da representatividade individual de cada município. Sendo assim, foram constituídas uma dupla para cada um dos seguintes municípios: 5, 8 e 7. O município 11, como tinha somente um representante, ficou sozinho.

De posse dos resultados impressos e entregues pelas organizadoras do evento, os gestores tiveram aproximadamente 30 minutos para a discussão nas duplas e análise mais detalhada das informações, fazendo contraposições com as questões apresentadas no roteiro do ST, também entregue aos sujeitos, no intuito de estabelecer semelhanças ou diferenças entre o processo de trabalho atual da gestão e aquele identificado no ano de 2006. Essa fase

correspondeu à etapa IV do ST. Para tanto, foi disponibilizado aos gestores material pedagógico para a concretização desta etapa e organização da próxima, como canetas, folhas brancas, papel pardo e pincel atômico.

A etapa V compreendeu, então, a discussão no grande grupo sobre os aspectos levantados no momento de análise e discussão dos resultados, sendo iniciada pela solicitação do consentimento dos sujeitos para a gravação de seus depoimentos em fita cassete. A dinâmica de apresentação foi conduzida de forma que cada relator eleito pelas duplas expusesse e respondesse aos questionamentos feitos no roteiro do ST, de modo que, na medida em que houvesse a necessidade de discussão de algum aspecto em comum aos demais municípios, os relatores se inscrevesse para falar, num sentido de organizar a participação de todos os sujeitos e facilitar a gravação do diálogo, tentando-se evitar a sobreposição de vozes.

A seqüência da discussão permitiu que cada relator, representante de um município, mediante exposição dialogada apoiada em seus apontamentos, fizesse considerações e comparações entre a gestão passada e a atual, trazendo aspectos positivos e/ou negativos que se mantém ou se modificaram no processo de trabalho da gestão da ESF. Estes aspectos são descritos abaixo, de maneira bem pontual e resumida, a fim de ilustrar a experiência vivenciada. Não há, contudo, qualquer intenção de análise, tendo em vista ser esse um subcapítulo da dissertação destinado ao relato da experiência e não na análise do seu conteúdo.

#### **4.3.3 Principais aspectos discutidos pelos gestores da ESF**

A discussão começou pela representante do município 8, que apontou como principais diferenças no processo de trabalho atual da gestão da ESF a realização de atividades sistemáticas com a comunidade, que no ano de 2006 eram pontuais. Nesse caso, a gestora referiu que estas ações agora fazem parte da rotina do trabalho. Também em relação à comunidade, a gestora referiu o desenvolvimento de um projeto voltado aos conselhos de saúde, que conta com a participação dos conselheiros, dos gestores da ESF e dos trabalhadores das unidades de saúde, a partir do qual discutem a importância do conselho e sugestões/reivindicações para a melhoria do atendimento.

Em relação ao processo de trabalho das equipes, a gestora relata o estabelecimento de uma central de regulação das especialidades no município, com adesão de todas as equipes da ESF. Também, foi verificado avanço na implementação de protocolos, especificamente nas áreas de saúde da mulher, hipertensos e diabéticos. No que diz respeito ao monitoramento e avaliação, a gestora refere a realização de reuniões mensais com os coordenadores das unidades para o acompanhamento da produção e, trimestralmente, faz uma comparação entre o consolidados das famílias e a produção das equipes, a fim de verificar as necessidades da população. A gestora apontou, ainda, avanços no mapeamento de áreas e expansão da Estratégia, com o aumento de cinco equipes.

A seguir, a gestora da ESF do município 5 expõe o contexto de sua gestão, dizendo que não estava no cargo no ano em que foi feita a pesquisa e que há alguns dias pediu o desligamento do mesmo, tendo em vista a sobrecarga de trabalho e as dificuldades encontradas. A gestora descreveu a situação que encontrou quando assumiu o trabalho de gestão da ESF, reportando-se aos problemas persistentes com a contratação de recursos humanos.

A mesma gestora aponta alguns avanços na gestão que até há pouco exercia, no sentido de verificar as demandas das equipes, como a necessidade de capacitação;

manutenção das unidades de saúde; fornecimento de uniformes; suporte da coordenação; falta de medicação e suporte de diagnose associada ao atendimento de gestantes. Diante dessa iniciativa de contato com as equipes, a gestora referiu a construção de um grupo virtual, a partir do uso da internet em casa, para ampliar e facilitar o acesso dos trabalhadores à ela como coordenadora da ESF. Entretanto, a mesma aponta os aspectos negativos dessa estratégia, no sentido de sua sobrecarga de trabalho e conseqüente saída do cargo de gestão.

Pela mesma gestora, ainda foram apontadas dificuldades relacionadas à estrutura física em que desenvolve o trabalho de gestão, a qual é dividida com outros departamentos. Isso, segundo ela, afeta o desempenho do trabalho, exemplificado pela dificuldade do uso do computador, sem o qual se torna complicado fazer a análise de indicadores de saúde. Mesmo assim, a gestora aponta avanços na discussão com as equipes sobre alguns indicadores, especialmente relativos à assistência pré-natal, à realização dos exames citopatológicos e aos hipertensos e diabéticos.

Outro aspecto elucidado pela gestora diz respeito ao estabelecimento de rotina de educação permanente para os trabalhadores das equipes de saúde, realizada com uma frequência mensal e a partir de necessidades pesquisadas junto a eles.

Por fim, a gestora retorna aos problemas com a contratação de profissionais para a atuação nas unidades de saúde da família, especialmente por conta de questões salariais. Essa questão, por sua vez, leva à sobrecarga de trabalho da coordenação da Estratégia, justificada pela dificuldade de consolidação de alguns processos de trabalho, relacionadas à rotatividade dos trabalhadores, tanto da gestão como da assistência.

A gestora representante da ESF do município 7, inicia seu depoimento apontando a dificuldade de ocupar as funções assistenciais e de gestora concomitantemente, o que já ocorria no ano de 2006 e mantém-se na atualidade. Outra dificuldade apontada relaciona-se a

avaliação das ações desenvolvidas pela equipe, sendo verificado o seu interesse pela implementação da metodologia da Avaliação para a Melhoria da Qualidade da ESF (AMQ).

Segundo a gestora, não há programação para a capacitação ou reunião de equipe. Ambas acontecem conforme a necessidade e com enfoque na intervenção de problemas, por ocasião do próprio trabalho assistencial. Como avanço identificado, está a conquista de apoio de uma equipe de saúde mental, de uma assistente social e de uma nutricionista para o desenvolvimento do trabalho assistencial. Também, foi relatado o avanço em relação ao entrosamento da comunidade com a equipe de saúde, com a maior participação em reuniões. Ainda, foi mencionada a extensão do trabalho da unidade a uma comunidade de mais difícil acesso, o que ocorre mediante a migração da equipe, uma vez por semana, a esta localidade.

Por fim, o gestor representante do município 11 inicia falando sobre a implantação de mais uma equipe em relação ao ano de 2006 e sobre a articulação do trabalho da ESF com os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), o que não ocorria anteriormente. O mesmo diz que são feitas capacitações, mas não explicita a sua frequência. O gestor fala na realização de reuniões mensais com todos os profissionais e numa reunião semestral por equipe para avaliar os indicadores de saúde.

A questão salarial do profissional médico é apontado pelo gestor como problema; além do deslocamento para a realização de visitas domiciliares, o que remete à dificuldade de acesso. O gestor ainda levanta outros impasses identificados no processo de trabalho da gestão, que são compartilhados pelos demais gestores presentes na discussão. Um deles refere-se às licitações para compras diversas de materiais, desde medicamentos, talões, à bicicletas para o trabalho dos agentes de saúde. Isso, segundo o grupo de gestores, afeta o seu relacionamento com as equipes de saúde, pois a demora na concessão dos materiais remete à percepção de má vontade da coordenação em relação à satisfação de suas necessidades.

#### 4.3.4 Algumas considerações sobre a realização do Seminário Temático

Identificou-se na realização do ST, ainda que indiretamente, uma oportunidade para a confirmação dos dados coletados no ano de 2006, mostrando a permanência de ações comuns àquelas apresentadas no processo de trabalho anterior. Parece que o envolvimento dos gestores com a administração de recursos materiais e humanos, com o monitoramento e avaliação do trabalho das equipes e com a ação subsidiada pelas questões programáticas propostas pelas políticas nacionais de saúde mantém-se no trabalho atual, de acordo com as particularidades de cada município e seu respectivo gestor. Geralmente, as mudanças ocorridas apontam para avanços no processo de trabalho da ESF e o que se manteve, em relação ao ano de 2006, nem sempre se pode considerar positivo.

Ressalta-se a importância da participação dos gestores nessa etapa de devolução dos resultados, ao mesmo tempo em que se lamenta a ausência de muitos deles, inclusive daqueles que haviam confirmado previamente a presença. É preciso considerar, também, que os impasses relacionados ao deslocamento dos sujeitos acarretou na redução do tempo para a discussão dos resultados em grande grupo, diminuindo a oportunidade de troca de experiências dos gestores entre si acerca de aspectos outros considerados importantes na gestão da ESF. Certamente, haveria outros aspectos a serem discutidos no ST, que em função do tempo ficaram para trás.

Para superar essa lacuna, foi sugerido por uma gestora o envio por e-mail dos seus apontamentos e do paralelo traçado entre as semelhanças e modificações em ambos os tempos de gestão, estendendo-se a proposta aos outros gestores presentes. Entretanto, mesmo após contato telefônico e/ou por e-mail, o material foi enviado somente por uma gestora, salientando-se que não é a mesma que propôs a idéia.

Por fim, considera-se que o desenvolvimento do ST cumpriu com o seu objetivo principal, devolvendo aos gestores os resultados encontrados na pesquisa e levando-os à discussão e reflexão do seu processo de trabalho, a fim de investirem em mudanças positivas na melhora da qualidade da ESF, a partir da superação de fragilidades encontradas. Acredita-se que a reflexão dos gestores tenha ultrapassado o limite do ST, uma vez que levaram consigo o material com os resultados apresentados, possibilitando a discussão além do espaço proporcionado na academia. O ST, portanto, pode ter se constituído no primeiro incentivo à discussão das práticas de gestão, deixando a perspectiva de que a mesma continue ocorrendo em outros espaços e em outros momentos, a depender do desejo e/ou necessidade de cada equipe gestora.



## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo do processo de trabalho da gestão municipal da ESF no âmbito da 3ª CRS/RS mostrou-se, de fato, conveniente e importante, tendo em vista o destaque que essa Estratégia vem recebendo do governo brasileiro para a reorientação das práticas em saúde. A análise do processo de trabalho das gestoras investigadas e de sua articulação com as equipes de saúde e a comunidade pode proporcionar ao meio acadêmico, científico e assistencial uma reflexão a respeito das práticas que vêm sendo desenvolvidas no cenário da atenção básica à saúde, no sentido de torná-las mais próximas e condizentes às necessidades da população.

Partindo-se de cada um dos objetivos específicos propostos nesse estudo, serão tecidas algumas considerações acerca do processo de trabalho das gestoras da ESF no âmbito da 3ªCRS/RS, no sentido de responder às questões de pesquisa que motivaram a sua realização e reavaliar os pressupostos estabelecidos por ocasião do projeto de pesquisa, a fim de confirmá-los ou não.

No que diz respeito ao primeiro objetivo específico, foi preciso conhecer primeiramente quais eram as ações desenvolvidas pelos gestores, para então se ter a condição de analisar o seu processo de trabalho numa relação socioambiental e apreender a concepção de gestão que permeia o seu agir em saúde. Nesse contexto, verificou-se que o processo de trabalho da gestão municipal da ESF inclui ações de organização/funcionamento da estratégia; de formação/educação permanente ou continuada; e de monitoramento e avaliação, salientando-se que cada uma delas apresenta seus respectivos desdobramentos. Durante o desenvolvimento dessas ações, foram se mostrando os elementos que permeiam o trabalho em si dos gestores, como o objeto de trabalho, os instrumentos e as finalidades.

No que concerne à organização/funcionamento da ESF, as ações de administração de recursos materiais e humanos, bem como de padronização do trabalho se sobressaíram às

demais ações, estando relacionadas ao processo de trabalho das equipes de saúde. Nesse caso, há de se considerar, portanto, que as equipes de saúde constituem os objetos diretos de atuação das gestoras investigadas. Há também que se considerar, que as ações de organização/funcionamento da ESF estão relacionadas à própria gestão como objeto de trabalho, ainda que em menores proporções, na medida em que se voltam à aplicação de ações de organização em benefício do seu trabalho.

No que se refere à formação/educação permanente ou continuada verificou-se a predominância de ações pontuais e direcionadas às equipes de saúde, de modo que a eleição da temática e a sua realização ocorrem por iniciativa da gestão, de acordo com as ações programáticas instituídas pelas políticas de saúde nacionais e não pelo interesse ou necessidade do objeto direto a que se aplica a ação.

As ações de monitoramento e avaliação ainda são pouco realizadas e, quando efetuadas, relacionam-se ao processo de trabalho das equipes de saúde ou à satisfação com o trabalho desenvolvido, especialmente sob a ótica dos usuários dos serviços. No que se refere ao trabalho das equipes, o monitoramento e avaliação assumem um sentido de acompanhamento e suporte /ou modificação da estratégia de ação; ou ainda com o enfoque de controle do trabalho e cumprimento de obrigações inerentes ao sistema de saúde. Portanto, verifica-se que essa prática associa-se à produção de valores-de-uso, no caso de estar preocupado com a satisfação dos envolvidos no processo saúde-doença, ao mesmo tempo em que produz mais-valia, na medida em que se relaciona à produtividade das equipes e cumprimento de obrigações para com o sistema de saúde, condicionados à manutenção do repasse de recursos financeiros ao município.

De forma geral, foram identificados como principais instrumentos comuns à prática da gestão as reuniões programadas ou espontâneas com as equipes de saúde, com a própria equipe de gestão e com a comunidade; as visitas aos estabelecimentos de saúde; os contatos

pontuais e espontâneos e as políticas de saúde construídas em nível federal. Como finalidades do trabalho de gestão, por outro lado, foram encontradas a organização, funcionamento, consolidação da ESF e qualificação do seu processo de trabalho, bem como a transmissão de conhecimentos às equipes de saúde e o alcance de metas e indicadores.

Tendo em vista que a finalidade do trabalho surge em vista de uma necessidade, identificou-se nesse estudo que no tempo em que as gestoras foram investigadas, recorria a necessidade de assegurar requisitos mínimos ao funcionamento da ESF em alguns municípios, de forma que a mesma pudesse se consolidar como política pública de atenção à saúde e modelo tecnoassistencial nessas localidades.

Das ações desenvolvidas pelas gestoras, destacam-se os elementos de comunicação que levam à apreensão da concepção de gestão. Esses elementos são comuns à função de gestão apregoada no conceito da NOB 01/96, especialmente nos aspectos de negociação, articulação e controle. Eles estão presentes, de uma forma ou de outra, em todas as ações da gestão, especialmente nas atividades em que se estabelece a articulação com as equipes de saúde e a comunidade.

Dependendo de como são utilizados esses elementos de comunicação, pode-se exercer uma gestão clássica/tradicional ou, ao contrário, uma gestão pautada na co-participação e responsabilização dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde, denominada co-gestão. Com base nisso, esse estudo apontou a concomitância de ambas as concepções de gestão no trabalho desenvolvido pelos sujeitos investigados, de forma que não há em nenhum dos municípios a exclusividade de uma das formas de gestão em todo o seu processo de trabalho. Elas se mesclam e intercalam nas ações realizadas pelas gestoras, interferindo positiva ou negativamente na sua articulação com as equipes de saúde e a comunidade.

Com relação ao segundo objetivo específico, que propunha conhecer como é feita e qual a finalidade da articulação dos gestores municipais da ESF com as equipes de saúde e a

comunidade, foi possível responder às questões de com quem é feito o contato da gestão com esses sujeitos, de quem é a iniciativa dessa articulação e em que razão de tempo e organização ela é realizada. Ainda, foi possível verificar as principais finalidades atribuídas à articulação.

Sob esse prisma, identificou-se a enfermeira como principal contato da gestão com as equipes de saúde, havendo destaque para a iniciativa da gestão para o exercício da articulação, geralmente vinculado ao desempenho do seu próprio trabalho. Isso costuma acontecer de maneira contínua e programada, através de reuniões da gestão com as equipes de saúde de forma permanente e frequência definida.

Com relação à comunidade, sobressaiu-se a iniciativa individual dos sujeitos para a obtenção de assistência junto à gestão, de forma pontual e espontânea, ao passo que quando a iniciativa de articulação parte das gestoras, ela relaciona-se ao desenvolvimento do trabalho assistencial, exercido concomitantemente.

Como núcleos de finalidades atribuídas à essa articulação da gestão com as equipes de saúde e comunidade são comuns a ambas a resolutividade, a avaliação e a comunicação, sobressaindo-se a primeira em relação às demais. Novamente, surge a preocupação das gestoras com a satisfação de necessidades das equipes de saúde e dos usuários, remetendo à produção de valores-de-uso.

Apesar de identificar a articulação da gestão com as equipes de saúde e a comunidade, e desta incluir a negociação como elemento de comunicação, o incentivo ao protagonismo dos sujeitos não é uma constante, prevalecendo, quando em relação às equipes mais associado às ações de monitoramento e avaliação. No que diz respeito à comunidade, parece que a articulação da gestão limita-se à participação nos espaços formais de discussão, representados pelos conselhos de saúde, e vinculado à iniciativa da própria comunidade, que convida as gestoras a participarem.

Também foi possível verificar que o processo de trabalho das gestoras da ESF pertencentes aos municípios estudados apresentou-se influenciado pelos fatores socioambientais que o envolvem, com destaque para as próprias características dos municípios, no que diz respeito ao seu tamanho e contingente populacional, bem como ao número de equipes da ESF existentes. Conforme aumenta o número de habitantes do município, torna-se necessário um maior número de equipes de saúde para a cobertura da população, o que leva conseqüentemente, a uma diferenciação na estrutura organizacional da gestão, proporcional à complexidade exigida para o desenvolvimento do trabalho. Ao contrário, na medida em que o número de equipes necessárias para a cobertura da população residente no município é menor, menos complexa é a organização da gestão, coincidindo com a ocupação concomitante das posições assistenciais e gerenciais.

Além disso, o tempo de atuação no cargo e a formação profissional da gestora apareceram como fatores socioambientais presentes no processo de trabalho, influenciando principalmente nas ações desenvolvidas pelas gestoras no seu cotidiano de trabalho, bem como na sua concepção de gestão e no modo com que se articulam com as equipes de saúde e a comunidade.

Arraigado, ainda, aos fatores socioambientais, toma-se a interferência das políticas públicas de saúde no desenvolvimento do trabalho da gestão, a partir das quais são fundamentadas a maioria das ações identificadas nesse estudo. A Política Nacional de Atenção Básica, o Pacto pela Saúde e o próprio conceito de gestão descrito na NOB 01/96, mostraram-se influentes sobre o trabalho das gestoras, na medida em que é comum ao desempenho de suas ações a organização/funcionamento da ESF; a formação/educação permanente ou continuada; e o monitoramento e avaliação, permeados pela articulação, negociação ou controle como elementos de comunicação, quer seja da gestão entre si ou com as equipes de saúde e a comunidade.

Considera-se, portanto, que a influência dos fatores socioambientais possa confluir tanto para o avanço das práticas desenvolvidas pela gestão da ESF em colaboração com as equipes de saúde e a comunidade, como para o exercício de poder da gestão sobre estes, que são considerados seus objetos de trabalho. Isso se justifica pelo enfoque que pode ser atribuído às ações desenvolvidas pela gestão, no primeiro caso, relacionadas à articulação e negociação ou, no segundo caso, pelo enfoque de controle do trabalho e regulação do processo de produção, de forma verticalizada e sem a co-responsabilização dos demais sujeitos envolvidos no sistema de saúde.

Diante das considerações descritas até então, pode-se reafirmar alguns pressupostos feitos anteriormente à realização da pesquisa, dentre os quais se destacam a prática de gestão apoiada nas políticas públicas de saúde, bem como nos fatores socioambientais dos municípios; além da influência dos elementos de comunicação na concepção e prática da gestão, a qual não necessariamente é compartilhada com as equipes de saúde e a comunidade, especialmente no que diz respeito aos processos decisórios.

Ainda podem-se afirmar os pressupostos de uma articulação existente entre as equipes de saúde e a comunidade, com a finalidade de otimização da assistência ao seu objeto de trabalho, ainda que se mantenham aspectos comuns à prática mais centralizadora da gestão.

Por fim, é preciso considerar as limitações do estudo, entendendo-se que este aspecto faz parte do contexto de qualquer processo de pesquisa. Aqui, está relacionada às questões que não puderam ser conhecidas ou aprofundadas mediante o instrumento utilizado na coleta de dados. O que se quer dizer é que o roteiro de questões semi-estruturadas proposto contemplou os objetivos do estudo, entretanto, alguns resultados apreendidos dos depoimentos coletados poderiam ser melhor investigados com o uso de outro tipo de instrumento, mais direcionado à essas questões emergidas, as quais apresentam significativo interesse para a compreensão do processo de trabalho na gestão da Saúde da Família. Um

desses aspectos condiz à própria questão da iniciativa de articulação entre a gestão e as equipes de saúde e a comunidade, a qual poderia ser mais explorada; além da relação de programação, espontaneidade, pontualidade ou continuidade de ações desenvolvidas ficarem mais explícitas à análise.

Essas lacunas identificadas, entretanto, são vistas sob um aspecto positivo, de incentivo a outros estudos que possam apreender os aspectos que aqui ficaram na superfície ou pouco compreendidos, de forma que contribuam para o avanço da pesquisa no contexto das políticas públicas de saúde, em especial, da Saúde da Família. Constituem outros elementos identificados pela autora como de interesse à ciência e que suscitam a investigação mais direta, a questão de gênero na gestão e do trabalho da enfermagem nessa posição, bem como os aspectos relacionados à formação dos profissionais em saúde para o desempenho do trabalho de gestão.

Além destas brechas identificadas deixadas a outros pesquisadores, esse estudo contribuiu positiva e eticamente com os gestores atuais da ESF, na medida em que realizou a devolução parcial dos resultados encontrados, fornecendo a eles subsídios para a revisão das práticas que julgarem frágeis e a manutenção das fortalezas co-existent em seu processo de trabalho.

Por entender-se que o compromisso com os trabalhadores, bem como com a ciência não se esgota na conclusão dessa etapa, pretende-se publicar os resultados em periódicos de interesse das áreas de Enfermagem e Saúde Coletiva e prosseguir com os estudos acerca da temática, a fim de estender vertical e horizontalmente os conhecimentos, no sentido de aprofundamento e composição de outras questões de pesquisa.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva** - Rede básica de saúde em Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, 1991. 297 p. Tese (Livre Docência).
- ANDRÉ, A.M.; CIAMPONE, M,H,T. Desafios para a gestão de unidades básicas de saúde. **Rev. Adm. Saúde**, v.9, n.34, p. 16-21. Jan-mar. 2007.
- AZEVEDO, C.S.; BRAGA NETO, FC.; SÁ, M.C. Indivíduos e a mudança nas organizações da saúde: contribuições da psicossociologia. **Cad. Saúde Pública**, v.18, p.235-47, 2002.
- BARATA, L.R.B.; TANAKA, O.Y.; MENDES, J.D.V. Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.13, n.1, p.15-24, 2004.
- BARROS, R.B; BARROS, M.E.B. 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: Editora Unijuí, p.61-71, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde – Relatório Final**, 1986.
- BRASIL. Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes a da outras providências. **Diário Oficial da União** 1990a; 20 set.
- BRASIL. Lei nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e da outras providências. **Diário Oficial da União** 1990b; 31 dez.
- BRASIL. **Norma Operacional Básica do SUS 01/96**: gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Brasília, DF. Diário Oficial da União 1996; 06 nov. Disponível em URL < <http://www.sjc.sp.gov.br/sms/downloads/nob.pdf>> Acessado em 20 jan 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília (DF), 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001**. Portaria MS/GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001. Disponível em URL < [http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%C3%A7%C3%A3o/NOAS01\\_PT95.htm](http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Legisla%C3%A7%C3%A3o/NOAS01_PT95.htm)> Acessado em 24 jan 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: **Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02** e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. 2ª ed. Revista e atualizada. Brasília, 2002.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. 1ª Edição, 4ª Reimpressão. Brasília, 2003.

BRASIL . Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da Estratégia Saúde da Família**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família e o Programa Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial da União**. República Federativa do Brasil. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. Edição n° 61 de 29/03/2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pacto pela Saúde. **Portaria n° 399/ GM de 22 de Fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília (DF), 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Gestão participativa: co-gestão**. 2ª Ed. Rev , Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. **Evolução da cobertura populacional da Estratégia Saúde da Família no Brasil**, no ano de 2007. [Página na Internet]. Disponível em URL <[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/imgs/graficos/abnumeros/dab\\_graph\\_sf\\_acs\\_sb\\_cobertura.jpg](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/imgs/graficos/abnumeros/dab_graph_sf_acs_sb_cobertura.jpg)> Acessado em 13 fev 2008.

CAMPOS, G.W.S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p. 863-70. Out-dez. 1998.

CAMPOS, G.S.C. **Gestion em Salud – em defesa da vida**. Buenos Aires. Lugar Editorial, 2007.

CARVALHO, M.B. A individualização no trabalho automatizado. *Agora*, v.5 n1. Jan-jun 2002.

CECCIM, R.B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.16, p.161-77. Set.2004/fev.2005.

CEZAR VAZ, M R. C. **O trabalho da enfermeira na Rede Básica de Serviços de Saúde** - análise de depoimentos. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1989. 211 p. Dissertação (Mestrado).

CEZAR VAZ, M R. C. **Conceito e Práticas de Saúde - adequação no trabalho de controle da tuberculose**. Florianópolis: Curso de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, 1996. 219 p.Tese (Doutorado).

CEZAR-VAZ, M.R. **Projeto de pesquisa: A enfermagem em saúde coletiva - poder e**

autonomia na organização tecnológica do trabalho interdisciplinar da rede básica de serviços públicos de saúde num espaço ecossistêmico.(auxílio CNPq/2001/2003).

CEZAR-VAZ, M.R. Trabalho em saúde e o contexto tecnológico da Política de Atenção à Saúde da Família: **Projeto integrado de pesquisa**. Fundação Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande (RS), Julho 2004.

COSTA, V.Z. **Políticas públicas de saúde na atenção à saúde da família: um estudo com enfoque nos trabalhadores**. Rio Grande: Universidade Federal do Rio Grande - FURG, 2007. 65 p. Dissertação (Mestrado).

FACCHINI, L.A.; PICCINI, R.X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S.; TEIXEIRA, V.A. Monitoramento e avaliação do Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF): **Relatório Municipal do Estudo de Linha de Base de Pelotas – Lote 2 Sul**. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas (RS), 2006.

FRACCOLLI, L.A; MAEDA, S.T. A gerência nos serviços públicos de saúde: um relato de experiência. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34, n.2, p.209-12. Jun. 2000.

GOMES, A. F. O outro no trabalho: mulher e gestão. **Rev. de Gestão USP**, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 1-9, jul/set. 2005.

KANTORSKI, L.P.; JARDIM,V.M.R.; COIMBRA,V.C.C.; OLIVEIRA, M.M.; HECK, R.M. Integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão no município. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.3, p.434-41. Jul-Set, 2006.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p.269-91, 2001.

LUZ, M.T. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.5, n. 2, p.293-312, 2000.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. 10ª ed. São Paulo: Difel. Liv. I, VI, 1985.

MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.; VIANA, L.S. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, Sup. 1, p.542-57, 2008.

MATOS,E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.15, n.3, p.508-14. Jul-Set, 2006.

MELO, C. M. M; SANTOS, T. A. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.3, p.426-32. Jul-Set, 2007.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, 1986. 435 p. Tese de Doutorado.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde:** características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MERHY, E.E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E.; STÉFANO, M.E.; SANTOS, C.M.; RODRIGUES, R.A.; OLIVEIRA, P.C.P. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy, E.E., Onoko (Org). **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, Lugar Editorial p. 113-150, 1997.

MINAYO, M.C.S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: DESLANDES; S.F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R.; MINAYO, M.C.S (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade,** Petrópolis (RJ), Vozes, 1994.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOTA, E. Desafios à gestão de sistemas locais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.4, n.2, p. 248-50, 1999.

PAIM, J.S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais *in* **Epidemiologia & Saúde**, 1998.

PASSOS, J. P.; CIOSAK, S. I. A concepção dos enfermeiros no processo gerencial em Unidade Básica de Saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, 0(4):464-8, 2006.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social, 1998.

PISCO, L. A. A avaliação como instrumento de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p. 564-76, 2006.

POLIGNANO, M.V. **História das políticas públicas de saúde no Brasil:** uma pequena revisão. [Texto da internet]. Disponível em URL<[http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude\\_no\\_brasil.pdf](http://internatorural.medicina.ufmg.br/saude_no_brasil.pdf)> Acessado em 21 jan 2008.

RIBEIRO, M.E.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.238-46. Mar-abr. 2004.

RIBEIRO, E.C.O.; MOTTA, J.I.J. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. Boletim da Universidade Estadual de Londrina, Ano V, Número Especial. Novembro de 1999.

RIO GRANDE DO SUL. **Indicadores de cobertura da Estratégia Saúde da Família no Rio Grande do Sul por Coordenadoria Regional de Saúde**, Jan. 2006. [Página na Internet]

Disponível em URL <  
<http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/v1/conteudo/files/categories/janeiro%2006.xls>>  
 Acessado em 12 jan 2008.

RIO GRANDE DO SUL. **Indicadores de cobertura da Estratégia Saúde da Família no Rio Grande do Sul por Coordenadoria Regional de Saúde, Nov. 2007.** [Página na Internet] Disponível em URL <  
<http://www.saudedafamilia.rs.gov.br/v1/conteudo/files/categories/novembro%2007.xls>>  
 Acessado em 31 jan 2008.

ROCHA, P. M.; UCHOA, A. C.; ROCHA, N. S. P. D.; SOUZA, E. C. F.; ROCHA, M. L.; PINHEIRO, T. X. A. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Nordeste brasileiro: velhos e novos desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, Sup. 1, p.569-78, 2008.

RODRIGUEZ NETO, E. A reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação: Incentivo à participação popular e controle social no SUS. **Textos técnicos para conselheiros de saúde/ NESP**; Un. B. 2<sup>a</sup> ed. Brasília, 1998.

SANTOS-FILHO, S.B. Dando visibilidade à voz dos trabalhadores: possíveis pontos para uma pauta de valorização? 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: Editora Unijuí, p.251-265, 2007.

SCHNEIDER, A.; MIRANDA, A.M.; KUJAWA, H.; ANDRADE, J.; BOTH, V.; BRUTSCHER, V. **Pacto pela Saúde: possibilidade ou realidade?** Passo Fundo: IFIBE, 2007.

SOUZA, R.R. A regionalização no contexto atual das políticas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6, n.2, p. 451-55, 2001.

TAKEDA, S.; TALBOT, Y. Avaliar, uma responsabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, n.3, p. 564-76, 2006.

TAYLOR, F.W. Princípios de administração científica. 7<sup>a</sup> Ed., Editora Atlas: São Paulo, 1970.

TRIVIÑOS, A.N.S. Bases teórico-metodológicas preliminares da pesquisa qualitativa em ciências sociais. **Cadernos de Pesquisa Ritter dos Reis**, v.4 Faculdades Integradas Ritter dos Reis, Porto Alegre, 2001.

VANDERLEI, M.I.G. O gerenciamento na Estratégia Saúde da Família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do Estado do Maranhão. **Tese de Doutorado.** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/ USP, Ribeirão Preto, 2005. 245p.

VANDERLEI, M.I.G.; ALMEIDA, M.C.P. A concepção e prática dos gestores e gerentes da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p. 443-53, 2007.

**WITT, R. R. As competências das enfermeiras na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública.** 2005. 336p. Tese de Doutorado, Área de Enfermagem em Saúde Pública. Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

## APÊNDICES

**APÊNDICE I**

**ROTEIRO DE QUESTÕES SEMI-ESTRUTURADAS UTILIZADOS NA COLETA DE  
DADOS MEDIANTE ENTREVISTA**

## CEZAR-VAZ, 2004

**2ª PARTE – ROTEIRO (QUESTÕES semidirigidas)****2 - AS AÇÕES DE SAÚDE DESENVOLVIDAS PELA COORDENADORIA** (dentro e fora da sede da coordenação)

Expõe as atividades (da coordenação em geral)

**3 - TRABALHO DO (A) PROFISSIONAL NA COORDENAÇÃO****O TEU TRABALHO:****3.1. Ações de saúde desenvolvidas:**

Expõe as atividades que tu desenvolves nesta Coordenadoria:

O que fazes?

Como fazes?

Onde fazes (em que é aplicado o trabalho)?

Com quem fazes?

Para que fazes?

Ressalta o que mais se realiza, esclarecendo o significado das atividades que desenvolves, na relação com a proposta do programa da saúde da família do MS.

Detalha o que menos se realiza, esclarecendo o significado das atividades que desenvolves, na relação com a proposta do programa da saúde da família do MS.

**3.2. Programação, organização, supervisão do trabalho DA COORDENAÇÃO:**

Indica: Quem realiza estas atividades?

Com quem se realiza?

Como se realizam?

Onde se realizam?

Para que se realizam?

**3.3. Características da clientela:**

a) Expõe as características da clientela que se utiliza dos serviços do PSF coordenado por ti ; e o % correspondente à cobertura populacional que alcança esta coordenadoria municipal de saúde da família

b) Descreve o(s) modo(s) pelo(s) quais essas características foram conhecidas;

c) Detalha como essas características da clientela que utiliza os serviços do PSF no município, influenciam no desenvolvimento do teu trabalho (em termos de coordenação e organização do trabalho);

d) Expõe como está sendo o acolhimento da clientela nas USFs:

O que é feito?

Com quem é feito?

Quem realiza as atividades?

Para que é feito? (finalidade)

Avalia a capacidade de resolução e integralidade deste acolhimento na s USFs.



- e) Como, quando, quem faz a supervisão do acolhimento na USF.
- f) Quais os problemas de saúde mais frequentes da população que o PSF cobre no município?
- g) Expresse e explique como o teu trabalho na coordenação do PSF satisfaz as necessidades de saúde desta população.

3.4. Limitações e possíveis soluções no trabalho:

Descreve as limitações mais importantes, no teu trabalho, na solução das “situações” e descreve as formas usadas para resolvê-las.

3.5. Articulação entre o trabalho DO (A) COORDENADOR (A) e o trabalho nas USFs:

Indique: Com quem é feito? (enfermeira, auxiliar de enfermagem, agente comunitário, médico, outro profissional da equipe).

Em quais atividades?

Como se faz?

Para que se faz?

3.6. Articulação DO (A) COORDENADOR (A) e a comunidade de abrangência do trabalho nas USFs:

Com quem é feito?

Em quais atividades?

Como se faz?

Para que se faz?

3.7. Avaliação do trabalho DO (A) COORDENADOR (A) na estrutura da instituição:

Procede à avaliação acerca do teu trabalho como COORDENADOR (A), na estrutura da instituição, considerando a integração com as equipes e as diretrizes do Programa Nacional de Saúde da Família do MS.

EM RELAÇÃO ÀS ATIVIDADES DA COORDENAÇÃO

3.8. A organização do trabalho DA COORDENAÇÃO:

Relate a organização do trabalho de saúde na coordenação do PSF:

Quem participa?

Como é realizado? (procedimento, maneira).

Quais as questões incluídas nesta organização?

3.9. Educação Permanente para coordenação :

Expõe: Quem a realiza?

Quem participa?

Como se realiza?

Onde se realiza?

Para que se realiza?

3.10. Educação Permanente para as equipes:

Expõe: Quem a realiza?

Quem participa?

Como se realiza?

Onde se realiza?

Para que se realiza?

3.11. Registro das atividades da Coordenação:

Indica: Quem realiza esta atividade?

Como se realiza?

Onde se realiza?

Para que se realiza?  
Quem utiliza estes registros?

- 3.12. Responsabilidade pelas atividades da Coordenação:  
Indica: Quem responde pelas atividades na coordenação?  
Para quem?  
Para que se realizam?

- 3.13. Descreve as atividades em grupo desenvolvidas nas USFs coordenadas por ti:  
Quem realiza estas atividades?  
Com que frequência se realizam?  
Como se realizam?  
Em que se realizam?  
Para que se realizam?

- 3.14. Descreve as atividades de visitação as USFs na organização do trabalho da coordenadoria:  
Quem realiza estas atividades?  
Com que frequência se realizam?  
Como se realizam?  
Em que se realizam?  
Para que se realizam?

#### 4 - ARTICULAÇÃO DO (A) COORDENADOR (A) COM OS NÍVEIS LOCAL E REGIONAL.

Comente a articulação (contatos) da coordenadoria com os níveis local (SESMA/RS) e regional (3ªCRS)

Quem realiza?  
Como se realiza?  
Com que frequência se realiza?  
Por que se realiza?(motivos)

Descreve o processo de assessoria que a coordenadoria recebe da 3ª CRS e da SESMA/RS.

Quem realiza esta(s) atividade(s)?  
Como se realizam?  
Onde se realizam?  
Para que se realizam?

#### 5 - EXPLANAÇÃO, PELO(A) COORDENADOR (A), DAS MUDANÇAS MAIS IMPORTANTES NO SEU TRABALHO, DESDE QUE COMEÇOU A ATUAR NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA.

Detalha as mudanças sentidas no setor saúde, em geral, e em particular no trabalho DO/A PROFISSIONAL no campo da saúde pública e no campo da saúde coletiva.

Descreve as relações que as políticas públicas de saúde possuem com o teu trabalho.

#### 6 - COMPREENSÃO DO/A PROFISSIONAL ENTREVISTADO ACERCA DE SUA ARTICULAÇÃO NAS ATIVIDADES COM CARÁTER MAIS COLETIVO NO TRABALHO DA COORDENADORIA DO PSF.

Detalha : Tipo de atividade  
Modo de articulação

#### 7 - EXPOSIÇÃO REFERENTE À MOBILIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS, DESTA INSTITUIÇÃO, EM TORNO DE PROPOSTA(S) PARA A REFORMA SANITÁRIA – NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Efetivou-se tal Mobilização?

Como se processou?  
Quais os atores sociais envolvidos?

**8 -** *EXPOSIÇÃO DO/A PROFISSIONAL ACERCA DE SUA PARTICIPAÇÃO EM MOVIMENTOS SOCIAIS LIGADOS À SAÚDE*

Detalha a tua participação em movimentos sociais ligados à saúde.

**9 -** *DESCRIÇÃO DO/A PROFISSIONAL DOS PROBLEMAS QUE A COORDENAÇÃO ENFRENTA ATUALMENTE NO CAMPO DA SAÚDE DA FAMÍLIA E COMO PODEM SER RESOLVIDOS.*

Faça uma avaliação, acerca dos “problemas” gerais da tua profissão, nesta área de atuação (Formação; Educação Permanente; TRABALHO).

**10 -** *DESCRIÇÃO COMO ESTÁ CONSTITUIDA A GESTÃO EM SAÚDE ATRAVÉS DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.*

Faça uma avaliação, acerca DA GESTÃO, nesta área de atuação.

**APÊNDICE II**

**QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO DE IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS**

CEZAR-VAZ, 2004

## ROTEIRO PARA A ENTREVISTA – COORDENAÇÃO

**AS QUESTÕES DE IDENTIFICAÇÃO E FORMAÇÃO SERÃO ADEQUADAS PARA CADA CATEGORIA DE TRABALHADOR E NÍVEL DE EXECUÇÃO DO TRABALHO****1ª PARTE – QUESTIONÁRIO (QUESTÕES ESTRUTURADAS)**

Número de entrevista ( ) [será preenchido pela pesquisador (a) ]

Município: \_\_\_\_\_

**1 - ATIVIDADE:**

( ) COORDENADOR (A) PSF

( ) ASSESSOR (A) (Em caso de mais de um assessor, especificar o tipo de assessoria prestada)

\_\_\_\_\_

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

a) Idade (em anos completos): \_\_\_\_\_

**11 - FORMAÇÃO PROFISSIONAL****11.1. Escolaridade**

a) Curso: \_\_\_\_\_

b) Instituição: \_\_\_\_\_

c) Ano de Formatura: \_\_\_\_\_

**11.2. Pós-Graduação**

a) Especialização: Sim ( ) Não ( )

Em caso afirmativo, responda:

• Área: \_\_\_\_\_

• Instituição: \_\_\_\_\_

• Período: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

• Motivo(s) para realização do curso:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) Mestrado: Sim ( ) Não ( )

Em caso afirmativo, responda:

• Área: \_\_\_\_\_

• Instituição: \_\_\_\_\_

• Período: \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

• Motivo(s) para realização do curso:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**APÊNDICE III**

**CONVITE NOMINAL AOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE PARA  
PARTICIPAÇÃO NO SEMINÁRIO TEMÁTICO**

**SOLICITAÇÃO****Rio Grande, 31 de Julho de 2008.**

Cordialmente o (a) cumprimentamos, vindo por meio deste, solicitar sua colaboração para a realização do Seminário Temático “Diálogo com Gestores sobre o Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família”, a ser realizado no dia 22 de agosto de 2008, na Universidade Federal do Rio Grande (FURG), município do Rio Grande. Este estudo é parte integrante do Projeto “**Trabalho em Saúde e o Contexto Tecnológico da Política de Atenção à Saúde da Família**”, coordenado pela Profª Drª Marta Regina Cezar-Vaz, em que se insere o Projeto de Mestrado intitulado “Processo de trabalho na gestão da Estratégia Saúde da Família: um estudo da articulação dos trabalhadores com as equipes e a comunidade na 3ª CRS/RS”, desenvolvido pela Mestranda Paula Pereira de Figueiredo. Tem-se como objetivo promover um diálogo refletido com os trabalhadores gestores da Estratégia Saúde da Família Local e Regional, sobre o conteúdo e a forma do modelo assistencial que estrutura o seu trabalho e como se engendram as relações entre estes modelos e as necessidades socioambientais e históricas no espaço-ação da 3ª CRS/RS. Para tanto, o Seminário Temático será subsidiado na apresentação dos resultados obtidos no processo de coleta de dados realizado no ano de 2006, do qual o gestor da Estratégia Saúde da Família do município de **xxxx** fez parte. Tendo em vista a participação do referido gestor na etapa anterior, sua presença, neste momento, é de grande importância. Através dela, será possível avançar na operacionalização da Estratégia, por meio da discussão dos resultados do estudo, identificando-se as fortalezas e fragilidades do processo de trabalho dos municípios investigados, ao mesmo tempo em que se pretende desenvolver um espaço para o compartilhamento de experiências dos gestores entre si. Nesse caso, solicita-se a liberação de, no mínimo, um representante da gestão municipal da Estratégia para a execução das atividades, bem como o auxílio para o seu transporte até o município do Rio Grande. Salienta-se que as despesas com o material didático-pedagógico a ser utilizado na oficina e a alimentação do (s) gestor (es) serão assumidas pelas pesquisadoras. Segue em anexo o roteiro para a realização do Seminário Temático, em que é explicitada a metodologia do trabalho e as informações acerca do dia, local e horário de realização das atividades. Gentilmente, solicitamos a confirmação do (s) nome (s) do (s) representante (s), bem como da possibilidade do auxílio referente ao transporte até o dia 5 de agosto de 2008, pelos telefones (53) 3233-0307 e (53) 9135-2702, com Paula ou Marta ou pelo e-mail paulapfigueiredo@yahoo.com.br. Sem mais para o momento, despedimo-nos, certos de sua atenção e presença nesta etapa importante de construção do conhecimento técnico-científico,

---

Profª Drª Marta Regina Cezar-Vaz  
Orientadora do Projeto – Profª do Depto  
de Enfermagem da FURG.

---

Paula Pereira de Figueiredo  
Mestranda do Programa de Pós-Graduação  
em Enfermagem da FURG.

**A Ilm Sr: xxxxx**

**Secretário Municipal de Saúde de xxxxx.**



**Anexo I**

---

---

**ROTEIRO PARA REALIZAÇÃO DO SEMINÁRIO TEMÁTICO “DIÁLOGO COM GESTORES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”**

---

---

**1. OBJETIVO**

Promover um diálogo refletido com os trabalhadores gestores da Estratégia Saúde da Família Local e Regional, sobre o conteúdo e a forma do modelo assistencial que estrutura o seu trabalho e como se engendram as relações entre estes modelos e as necessidades socioambientais e históricas no espaço-ação da 3ª CRS/RS.

**2. METODOLOGIA**

O Seminário Temático será realizado no dia 22 de agosto de 2008, na **Área Acadêmica da Saúde Prof. Newton Azevedo – 4º andar, sala 406, localizada à Rua Gen. Osório, s/nº, município do Rio Grande** e terá duração de quatro horas, com início previsto para as 08h30min e término as 12h30min. O período será dividido em seis etapas, a saber:

**2.2 Etapa I:** Dinâmica de apresentação e sensibilização - DURAÇÃO: 15 MIN.

**2.3 Etapa II:** Apresentação Multimídia dos resultados da Pesquisa intitulada **“PROCESSO DE TRABALHO NA GESTÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DA ARTICULAÇÃO DOS TRABALHADORES COM AS EQUIPES E A COMUNIDADE NA 3ª CRS/RS”** - DURAÇÃO: 60 MIN.

**2.4 Etapa III:** Formação de pequenos grupos entre os participantes, com no máximo oito integrantes;

**2.5 Etapa IV:** Discussão em pequenos grupos, mediante cópia impressa dos resultados apresentados; Para subsidiar a discussão nos pequenos grupos, propõem-se as seguintes questões: Mediante os resultados apresentados, que expressam o processo de trabalho dos gestores da ESF na 3ªCRS/RS, no ano de 2006, o que identifica como semelhança no atual processo de trabalho e o que foi modificado em relação:

1. Ao que a coordenação e o coordenador da ESF fazem?
2. À programação, organização, supervisão do trabalho da coordenação?
3. Aos limites do trabalho?
4. Às possibilidades do trabalho?
5. À articulação da gestão com as equipes da ESF e a comunidade?

6. Quais são as **fortalezas** identificadas pelo grupo no que concerne ao trabalho em si e na sua articulação com as equipes e a comunidade, atualmente?
7. Quais são as fragilidades identificadas pelo grupo no que concerne ao trabalho em si e na sua articulação com as equipes e a comunidade, atualmente?
8. Quais são as estratégias que o grupo sugere para a superação destas fragilidades e como estas poderiam ser operacionalizadas no seu âmbito de trabalho?

DURAÇÃO: 60 MIN.

**COFFE BREAK – DURAÇÃO: 15 MIN-20 MIN.**

**2.6 Etapa V:** Apresentação das discussões realizadas nos grupos focais ao grande grupo, através da exposição de cartazes e exposição dialogada, a ser realizada por um relator eleito pelo grupo - DURAÇÃO: 60 MIN.

**2.7 Etapa VI:** Dinâmica de Fechamento, realizada com o propósito de motivar os gestores para a reflexão do seu processo de trabalho e implementação das estratégias sugeridas no desenvolvimento do Seminário Temático - DURAÇÃO: 15 MIN.

**COQUETEL DE ENCERRAMENTO E CONFRATERNIZAÇÃO**

**APÊNDICE IV**

**MATERIAL PEDAGÓGICO DISTRIBUÍDO AOS GESTORES NO  
DESENVOLVIMENTO DO SEMINÁRIO TEMÁTICO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

SEMINÁRIO TEMÁTICO  
“DIÁLOGO COM GESTORES SOBRE O PROCESSO  
DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA”

RIO GRANDE  
22 AGOSTO DE 2008

**Realização**

Msda Paula Pereira de Figueiredo

Profª Drª Marta Regina Cezar-Vaz

**Apoio**

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS)

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)

Programa de Pós-graduação em Enfermagem/ Mestrado em Enfermagem – FURG

Laboratório de Estudos de Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA)

Terceira Coordenadoria Regional de Saúde (3ªCRS/RS)

Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde (ASSEDISA)

## 1. OBJETIVO

Promover um diálogo refletido com os trabalhadores gestores da Estratégia Saúde da Família Local e Regional, sobre o conteúdo e a forma do modelo assistencial que estrutura o seu trabalho e como se engendram as relações entre estes modelos e as necessidades socioambientais e históricas no espaço-ação da 3ª CRS/RS.

## 2. METODOLOGIA

O Seminário Temático será realizado no dia 22 de agosto de 2008, na **Área Acadêmica da Saúde Prof. Newton Azevedo – 4º andar, sala 406, localizada à Rua Gen. Osório, s/nº, município do Rio Grande** e terá duração de quatro horas, com início previsto para as 08h30min e término as 12h30min. O período será dividido em seis etapas, a saber:

**2.8 Etapa I:** Dinâmica de apresentação e sensibilização - DURAÇÃO: 15 MIN.

**2.9 Etapa II:** Apresentação Multimídia dos resultados da Pesquisa intitulada “**PROCESSO DE TRABALHO NA GESTÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DA ARTICULAÇÃO DOS TRABALHADORES COM AS EQUIPES E A COMUNIDADE NA 3ª CRS/RS**” - DURAÇÃO: 60 MIN.

**2.10 Etapa III:** Formação de pequenos grupos entre os participantes, com no máximo oito integrantes;

**2.11 Etapa IV:** Discussão em pequenos grupos, mediante cópia impressa dos resultados apresentados.

Para subsidiar a discussão nos pequenos grupos, propõem-se as seguintes questões:

Mediante os resultados apresentados, que expressam o processo de trabalho dos gestores da ESF na 3ªCRS/RS, no ano de 2006, o que identifica como semelhança no atual processo de trabalho e o que foi modificado em relação:

1. À organização/funcionamento da ESF com relação ao próprio trabalho da gestão?
2. À organização/funcionamento da ESF com relação ao trabalho das equipes?
3. À formação/educação permanente da própria gestão?
4. À formação/ educação permanente das equipes?
5. À formação/ educação permanente da comunidade?
6. Ao monitoramento e avaliação do processo de trabalho das equipes?
7. Ao monitoramento e avaliação dos resultados/ produto do trabalho/ indicadores de saúde?
8. Ao monitoramento e avaliação da satisfação da gestão, dos trabalhadores e/ou da comunidade?
9. À articulação da gestão com as equipes da ESF?
10. À articulação da gestão com a comunidade adscrita às áreas de atuação das equipes de saúde da família?

11. Quais são as fortalezas identificadas pelo grupo no que concerne ao trabalho em si e na sua articulação com as equipes e a comunidade, atualmente?
12. Quais são as fragilidades identificadas pelo grupo no que concerne ao trabalho em si e na sua articulação com as equipes e a comunidade, atualmente?
13. Quais são as estratégias que o grupo sugere para a superação destas fragilidades e como estas poderiam ser operacionalizadas no seu âmbito de trabalho?

DURAÇÃO: 60 MIN.

**2.12Etapa V:** Apresentação das discussões realizadas nos grupos focais ao grande grupo, através da exposição de cartazes e exposição dialogada, a ser realizada por um relator eleito pelo grupo - DURAÇÃO: 60 MIN.

**2.13Etapa VI:** Dinâmica de Fechamento, realizada com o propósito de motivar os gestores para a reflexão do seu processo de trabalho e implementação das estratégias sugeridas no desenvolvimento do Seminário Temático - DURAÇÃO: 15 MIN.

### 3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação dos resultados é dividida em dois momentos: o primeiro, que está relacionado à caracterização dos municípios e dos sujeitos investigados; e o segundo, referente ao processo de trabalho dos gestores da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A caracterização dos sujeitos envolvidos na pesquisa foi realizada a partir de um questionário estruturado, a partir do qual se apreendeu informações acerca do sexo e idade dos gestores, bem como à respeito de sua formação e do trabalho na gestão. No que concerne à caracterização dos municípios, foram obtidas informações quanto ao número de habitantes, ao tempo de adesão à Saúde da Família e ao número de equipes em atividade em dezembro de 2006, a partir de um consolidado disponível no site da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul/Estratégia Saúde da Família.

No que concerne ao processo de trabalho da ESF, são apresentados os resultados apreendidos a partir da entrevista semi-estruturada, os quais foram sistematizados de acordo com o referencial teórico que sustenta a pesquisa. Nesse caso, foi utilizado o conceito de gestão descrito na Norma Operacional Básica 01/96 (NOB 01/96), as responsabilidades da gestão municipal para com a saúde dispostas no Pacto pela Saúde e as responsabilidades dos municípios em relação à Atenção Básica e à ESF, apregoadas na Política Nacional de Atenção Básica – Portaria 648/2006.

#### 3.1 Caracterização dos Municípios

Tendo em vista que a Terceira Coordenadoria Regional de Saúde apresenta 22 municípios sob sua responsabilidade e, que no ano de 2006, nem todos apresentavam adesão à ESF, na Tabela 1 são listados os municípios que tinham no mínimo uma equipe de saúde da família em atividade e foram participantes da pesquisa. Salienta-se, entretanto, que na apresentação dos resultados, será mantido o anonimato do município e de seu respectivo gestor, seguindo as premissas éticas estipuladas na Resolução 196/96. Com este intuito, será utilizado um código representado pelas letras G e M seguidas de um número, em que o G indica do gestor e o M o município (ex: G1M10).

**Tabela 1 – Municípios com adesão à Saúde da Família e participantes da pesquisa no ano de 2006.**

MUNICÍPIOS PESQUISADOS (n=12)
Amaral Ferrador
Arroio do Padre
Canguçu
Morro Redondo
Pelotas
Pinheiro Machado
Piratini
Rio Grande
Santa Vitória
São José do Norte
São Lourenço do Sul
Turuçu



Em relação ao número de habitantes, de acordo com o IBGE (2004) os municípios foram divididos em três grupos:

- a) Menores de 10.000 hab. – 33,33% dos municípios;
- b) Maiores de 10.000 hab. e menores de 35.000 hab. – 33,33% dos municípios;
- c) Maiores de 35.000 hab. – 33,3% dos municípios.

Quanto ao número de equipes de Saúde da Família em atividade, foram constituídos quatro grupos, assim distribuídos:

- a) Uma equipe – 25% dos municípios;
- b) De duas a quatro equipes – 50% dos municípios;
- c) De cinco a dez equipes – 8,33% dos municípios;
- d) Mais de dez equipes – 16,66% dos municípios.

No que diz respeito ao tempo de adesão à Estratégia, os municípios foram divididos em três grupos, de acordo com o número de meses:

- a) Até 50 meses – 16,66% dos municípios;
- b) De 51 a 80 meses – 58,33% dos municípios;
- c) Acima de 80 meses – 25% dos municípios.

### 3.2 Caracterização dos Gestores

Como mencionado anteriormente, os gestores foram caracterizados sob um aspecto mais geral, quanto ao sexo e idade, quanto à sua formação e quanto o trabalho na gestão. Antes de apresentar a caracterização é preciso salientar que foram entrevistados um **total de 15 sujeitos**, tendo em vista as particularidades de gestão em alguns municípios que, por suas razões e formas de organização, possuíam mais de um profissional responsável pela Coordenação da Saúde da Família.

Em relação ao sexo, 93,33% (n=14) dos gestores são do sexo feminino, enquanto 6,66% (n=1) é do sexo masculino. A idade média dos gestores é de 35 anos, variando entre um mínimo de 23 anos e um máximo de 49 anos. No que diz respeito à formação, 93,33% (n=14) têm Ensino Superior Completo, enquanto 6,66% (n=1) têm Ensino Superior Incompleto. Constatou-se que 66,66% (n=10) dos gestores são enfermeiros, enquanto os demais são médicos, psicólogos ou assistentes sociais, num percentual de 6,66%; 13,33%; 13,33%, respectivamente. Apresentam curso de especialização 80% (n=12) dos gestores, sendo que 66,66% (n= 10) destes especializaram-se em Saúde da Família. Ainda, 13,33% (n=12) tinham concluído curso de Mestrado.

Na perspectiva do trabalho na Coordenação da Saúde da Família (ESF), o tempo médio de atuação no cargo foi de 21 meses, variando de 1 mês a 72 meses. Chama a atenção o fato de que 40% (n=6) dos gestores referirem tempo na Coordenação inferior a 1 ano. Outra informação importante sobre o trabalho na gestão está relacionada ao fato de que 53,33% (n=8) dos sujeitos apresentarem atuação concomitante na Coordenação e na assistência em saúde, não necessariamente na ESF, com divisão de sua carga horária entre ambas as funções.

### 3.3 O Processo de Trabalho dos Gestores da Estratégia Saúde da Família

Os resultados obtidos mediante a análise dos depoimentos provenientes da entrevista semi-estruturada foram sistematizados e organizados em três sub-temas, enfatizando as ações desenvolvidas pela gestão da ESF.

O primeiro sub-tema diz respeito às ações relacionadas à organização/funcionamento da Saúde da Família, que assumem um caráter de promoção do trabalho da gestão e/ou das equipes. São consideradas ações de organização aquelas que subsidiam o planejamento e a programação do trabalho, seja das equipes de saúde, no sentido de padronização de rotinas; ou da gestão, no sentido de ajustamento do próprio processo de trabalho, de acordo com as demandas de profissionais e usuários da Estratégia.

As ações de Funcionamento denotam o fornecimento de condições mínimas ao desenvolvimento do trabalho das equipes, cuja inexistência implica em prejuízo ao seu trabalho, isso quando não impedem a sua realização. Abaixo, estão representadas na Tabela 2 as ações referidas, seguidas de sua frequência, as quais são exemplificadas por meio de depoimentos ilustrativos, dispostos no Quadro 1.

**Tabela 2 – Ações desenvolvidas pelos Gestores da Saúde da Família relacionadas à Organização/Funcionamento da Estratégia**

<b>ORGANIZAÇÃO/FUNIONAMENTO DA SAÚDE DA FAMÍLIA</b>	<b>Frequência (n=15)</b>
<b>Em relação ao próprio trabalho de gestão</b>	
▪ Coordenação da equipe de gestão;	1
▪ Desenvolvimento de ações programadas junto às equipes de saúde, à equipe de gestão e à comunidade;	1
▪ Desenvolvimento de ação pontual junto à comunidade	1
<b>Em relação ao trabalho das equipes</b>	
▪ Administração de recursos materiais (fornecimento/ abastecimento de material de consumo no trabalho nas equipes, medicamentos, equipamentos);	6
▪ Administração de recursos humanos (contratação, seleção, troca ou substituição de profissionais, pagamento, liberação/concessão de férias e folgas, estruturação da equipe, definição e cumprimento de carga horária);	8
▪ Unificação/padronização do trabalho (definição de protocolos, estabelecimento de rotina de atendimento, definição de fluxo de atendimento);	7
▪ Coordenação da execução de ações programáticas (pontuais, representadas pelas campanhas; e/ou continuadas, representadas pelos programas básicos – hiper/dia, saúde da mulher, da criança, do idoso);	4
▪ Expansão da Estratégia (mapeamento de área e levantamento populacional, projeto para ampliação de postos);	3
▪ Realização, emissão e/ou encaminhamento de relatório de produção;	3
▪ Suporte assistencial relacionado ao fluxo de referências (provimento de encaminhamentos à exames ou consultas em outros níveis de atenção);	2
▪ Suporte assistencial às equipes no desenvolvimento de oficinas com grupos de saúde.	1

**Quadro 1 – Exemplos de ações desenvolvidas pelos Gestores da Saúde da Família relacionadas à Organização/Funcionamento da Estratégia**

**Em relação ao próprio trabalho de gestão**

**G2M8** “Aqui eu faço a coordenação das três ações: administrativo, financeiro e o técnico do Programa. (...) Tenho dois supervisores gerais (...), tenho a (...) que me assessora em toda a parte financeira e administrativa. Os guris mais na parte técnica (...) e tenho uma digitadora que digita todo o sistema de informação e tenho mais uma estagiária que faz toda parte de arquivar documentos, relatórios e tal. Mas eu fico na coordenação de todas as ações”.

**G1M8** “(...) a gente faz a supervisão, constantemente a gente ta na rua, fazendo a visitação nos postos, nas associações de moradores também que a gente trabalha, porque ou, seja pra planejar as ações ou a gente tem reclamações, então a gente vai conversar com esse pessoal. Na verdade a gente trabalha tanto com os profissionais quanto com a comunidade e diretamente com o gestor”.

**G1M11** “(...) a nossa base de trabalho é essa, nosso instrumento é a lei do SUS, que fala em participação da comunidade. É tentar unir, fazer planejamento estratégico junto com a comunidade. (...) É difícil trabalhar com esse tipo de coisa porque aí tu começa a ver as tuas falhas mesmo! Tu vê: nossa, falhei aqui mesmo! Não era pra ter sido desse jeito. Mas a comunidade ta te alertando, tu tem que ta sempre aberto à críticas”.

**Em relação ao trabalho das equipes**

**G1M7** “Vê se não ta faltando nada. (...) se a dentista tem todo o material para usar, se não ta faltando nada no laboratório... E tudo sempre direcionado aos profissionais, porque eu faço com que eles consigam, tenham subsídios para trabalhar, entendes? Pra que a coisa ande, não fique parada”.

**G2M5** “Nós temos aqui no município (...) a dificuldade de contratação de pessoal. Nós estamos com a procuradoria do município nos auxiliando bastante com a contratação de pessoal. E das demandas que a gente faz enquanto coordenação, é procurar essa parte legal de contratação, de marcar reuniões com grupos locais aqui que nós temos pra discussão (...) pra tentar viabilizar o PSF aqui no município”.

**G1M1** “A gente veio de um histórico assim, administração anterior tinha um médico fazendo PSF, fazendo atendimento no hospital, então... ia um pouquinho no postinho e foi uma coisa assim que era uma proposta de mudar isso. (...) Então, de ter uma equipe estruturada, de poder ter o agente, de poder ter o postinho aquele que é o PSF, de ter o médico lá as 40 horas, como ele deve ficar”.

**G1M10** “Ontem fizemos uma reunião até, em termos de atividades assim: cada um ta trabalhando de uma maneira. A gente quer tentar fazer com que trabalhe tudo iguais. (...) então cada fim de semana cada PSF tem o dia da visitação domiciliar, tem o dia da reunião de equipe, então a gente ta tentando padronizar no sentido disso... (...) Assim a gente ta tentando organizar melhor”.

**G1M12** “(...) dar seguimento aos programas e implantar todas as atividades com relação à prevenção e promoção de saúde do município”.

**G1M4** “Dia primeiro de dezembro tem agora o dia mundial sobre a AIDS. Então é uma ação, vou começar, já vou coordenar... Tem aqueles dias sobre saúde bucal, todas as ações que têm, que o PSF tem que fazer, que as equipes que... no município, daqui pra frente vai ter que ser eu pra coordenar”.

**G1M11** “Desenvolver projetos pra ampliação de postos, que é uma coisa que a gente tem feito muito agora, faz um ano que a gente tem feito isso, a gente tem conseguido pelo menos dois postos por ano”.

**G1M3** “Eu estou só há um mês e pouco, mas o que eu mais realizo é a questão dos relatórios, que isso é uma obrigatoriedade da minha função. Todos os meses eu tenho que prestar contas pra Terceira Coordenadoria”.

**G1M5** “O que eu mais realizo? É o grande número de consultas para serem agilizadas, de internações (...) agilizo o que o posto não consegue agilizar”.

**G1M8** “Atuamos também, em alguns momentos, diretamente com os coletivos, com os grupos nas unidades, que a gente faz também um suporte nas atividades de grupo”.

O segundo sub-tema elucida as ações de formação/ educação permanente ou continuada desenvolvidas pelos gestores estudados. A Tabela 3 mostra como são feitas estas ações, no sentido de programação e continuidade, indicando uma relação de frequência com que acontecem.

**Tabela 3 – Ações desenvolvidas pelos Gestores da Saúde da Família relacionadas à Formação/ Educação Permanente ou Continuada**

<b>FORMAÇÃO/EDUCAÇÃO PERMANENTE OU CONTINUADA</b>	<b>Frequência (n=15)</b>
<p><b>Da própria gestão</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Não é mencionado. Isso se justifica, possivelmente, porque os gestores recebem a formação de outros níveis de gestão (regional, estadual ou federal).</li> </ul>	0
<p><b>Das equipes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Programada e contínua (reuniões quinzenais ou a cada 45 dias, que podem ser específicas para a formação/educação ou não e estão de acordo com as necessidades identificadas pela equipe ou gestão);</li> <li>▪ Pontual (capacitações sobre temática específica, que pode acontecer no desenvolvimento do processo de trabalho das equipes ou em ações específicas para este fim);</li> <li>▪ Referida, mas ainda não instituída (pretensão).</li> </ul>	2  5  2
<p><b>Da comunidade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pontual (relacionada à formação de conselheiros);</li> <li>▪ Contínua e não programada (informação sobre o trabalho da gestão e da ESF, e de direitos e deveres dos usuários).</li> </ul>	1  1

A seguir, encontram-se os exemplos das ações referidas, sintetizadas no Quadro 2.

**Quadro 2 – Exemplos de ações desenvolvidas pelos Gestores da Saúde da Família relacionadas à Formação/ Educação Permanente ou Continuada**

**Das equipes**

**G1M9** “Nós temos agora, nós chamamos de educação continuada. Então, duas vezes por mês a gente se reúne com os agentes e aborda um tema. Um tema assim que a equipe ache que o agente precisa e que eles também achem que precisam”.

**G1M10** “Capacitar eles também. Sempre tem alguma coisa nova. Igual a esse rotavírus, chegou uma campanha de rotavírus. A gente tem que ir lá fazer capacitação deles. Qualquer novidade na rede tem que ta passando...”.

**G1M4** “Como coordenadora mesmo vou começar a exercer daqui pra frente. (...) Capacitação, trazer conhecimento, essas coisas assim, pras enfermeiras que coordenam os agentes de saúde...”

**Da comunidade**

**G1M11** “A gente vai fazer dia 16 de novembro agora uma capacitação desses conselheiros. A gente já fez em loco, a gente vai fazer com todos juntos”.

**G1M11** “Se tu ta dentro do programa, todo mundo tem que conhecer o funcionamento (...) mas a comunidade estava muito distante. Chegava no posto aquela coisa toda com esse monte de dúvida que eu te falei. E a gente vê que era falta de informação mesmo. Então a nossa idéia partiu daí: vamos educar a comunidade pra saúde, pra saber realmente como é que funciona a gestão; como é que se distribui verba... (...) então isso está sendo muito bom porque a comunidade ta entendendo como é que funciona a gestão, como é que funciona o posto, quais os direitos que eles têm enquanto usuários, quais os deveres também”.

O terceiro sub-tema contempla as ações de monitoramento e avaliação desenvolvidas pelos gestores, numa perspectiva de elucidar o enfoque dado a estas atividades. Neste sentido, foi possível identificar quatro enfoques distintos, quais sejam: monitoramento e avaliação do processo de trabalho da gestão; monitoramento e avaliação do processo de trabalho das equipes; monitoramento e avaliação dos resultados do trabalho das equipes e monitoramento e avaliação da satisfação de trabalhadores e usuários dos serviços, conforme descrito na Tabela 4.

**Tabela 4 – Ações desenvolvidas pelos Gestores da Saúde da Família relacionadas ao Monitoramento e avaliação do processo de trabalho da gestão, das equipes e da satisfação de trabalhadores e usuários.**

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	Frequência (n=15)
<p><b>Do processo de trabalho da gestão</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Com enfoque na mudança da estratégia de ação.</li> </ul>	2
<p><b>Do processo de trabalho das equipes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Com enfoque de acompanhamento, suporte e/ou mudança da estratégia de ação, de acordo com as necessidades loco-regionais;</li> <li>▪ Com enfoque de controle do trabalho, obrigação com a gestão e o sistema de saúde e não utilização para mudança na estratégia de ação.</li> </ul>	4 3
<p><b>Dos resultados do trabalho das equipes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Com enfoque no alcance de metas, em acordo com as ações programáticas (saúde da mulher, da criança, do adulto), de forma direta ou indireta (através dos indicadores locais – SIAB ou dos indicadores municipais);</li> <li>▪ Com enfoque na divulgação dos resultados.</li> </ul>	3 1
<p><b>Da satisfação com o trabalho desenvolvido</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Com enfoque nos usuários, mediante visitas ou reuniões programadas e contínuas para verificação do grau de satisfação;</li> <li>▪ Com enfoque nos usuários, mediante ações contínuas e não programadas;</li> <li>▪ Com enfoque nas equipes, em relação à satisfação na realização do trabalho;</li> <li>▪ Pretensão de desenvolvimento de pesquisa de satisfação de trabalhadores e usuários.</li> </ul>	3 2 2 1

A seguir, apresenta-se o Quadro 3, em que estão dispostos os depoimentos que exemplificam os resultados mencionados.

**Quadro 3 – Exemplos de ações desenvolvidas pelos Gestores da Saúde da Família relacionadas ao Monitoramento e Avaliação**

**Do processo de trabalho da gestão**

**G1M8** “A gente ta coordenando também o AMQ, projeto de Avaliação da Melhoria da Qualidade da Estratégia de Saúde da Família (...). Não é só as equipes que participam, a equipe tem esse momento, a coordenação, a gestão, cada instância da estratégia faz esse processo – a coordenação também está passando por esse processo”.

**Do processo de trabalho das equipes**

**G1M9** “Duas vezes por semana nós temos isso aí... a questão das equipes, trabalhar, acompanhar o trabalho da equipe naquilo que é prioritário na área. Que muitas vezes vem alguma coisa do governo para gente fazer... a gente faz aquilo, mas na nossa área, naquela área de atuação daquela equipe, muitas vezes não é o essencial, tem outras coisas”.

**G1M3** “Eu vou lá pra ver se aquela unidade ta tranqüila, ta tudo em ordem, eu fico pouco tempo ali e já me desloco pra outra. É assim que eu faço, eu não consigo ficar muito, eu sou mais dinâmica, eu gosto de ir, de ver como é que eles estão fazendo. (...) eu quero que a equipe saia mais de dentro da unidade, eu quero que eles façam as visitas, e aí eu estando junto é um compromisso que eles têm”.

**G1M7** “... ver se os programas, eles não estão sendo bem realizados, entendessee? Se as entregas lá pra... pro posto central, se ta tudo na data, entendessee? O programa do SIAB ta completo, se tão fazendo PAB direitinho, se a auxiliar administrativa ta reforçando os formulários completos, se não ta faltando...Então assim... todo dia é uma coisinha assim, entendessee?”

**Dos resultados do trabalho das equipes**

**G1M11** “Cuidar os índices, claro! Sempre ta de olho em índice. Vê qual PSF aumentou a mortalidade, qual PSF que a vacinação ta baixa (...). Por enquanto a gente tem conseguido manter tudo num parâmetro normal”. (...) A gente conseguiu reverter a mortalidade infantil, pra diminuir. (...) “Eu acredito que a gente ta conseguindo acompanhar todas as metas. Ta aí o SIAB pra mostrar isso, a gente ta conseguindo acompanhar o hipertenso, o diabético, a gestante...”.

**G2M8** “Ontem a gente desenvolveu a nossa atividade de final de ano, foi o terceiro seminário e nesse seminário eles tinham que escrever trabalhos. Resumos daquilo que eles fazem nas unidades. (...) eram duzentos e tantos trabalhadores que estavam lá pra ver... viram o resultado do trabalho das equipes. (...) então isso realmente mostrou que as equipes produzem. Então eu acho que a melhor forma de saber se o programa dá resultado ou não é monitorar as ações e avaliar o resultado delas”.

**Da satisfação com o trabalho desenvolvido**

**G1M2** “A gente faz reunião com as agentes uma vez por semana (...) e a gente capta delas o que elas acharam de alterado. Nas casas, o que que ta errado. O que que a gente pode melhorar. O que eles estão achando do nosso serviço. Se ta bom, se ta ruim não é? Se querem mais atendimento, se querem menos atendimento, se querem mais tempo pra conversar. Essas coisas assim...”

**G1M9** “São situações muito variadas... seja da produção, do atendimento à comunidade, se está sendo satisfatório; as reclamações da comunidade em relação à equipe; as reclamações da equipe com relação ao gestor, com relação ao próprio colega, enfim... é muito variado esse trabalho”.

**G2M5** “A gente conversa com a equipe, conversa com a população que está sendo atendida. Vê os pontos positivos, negativos, o grau de satisfação. Na conversa que a gente tem com o usuário dá pra gente perceber muita coisa. E avaliar o PSF como está sendo...”

**G2M6** “Então, a gente vai iniciar agora, já foi pra mesa dela [secretária de saúde], não sei se ela já olhou, se ela já aprovou, uma pesquisa de satisfação dos usuários e funcionários. Pra gente tentar achar quais são os maiores problemas. E a partir daí a gente vai ta tentando fazer, tentando melhorar isso. Tentar fazer com que as coisas funcionem como PSF”.

#### **4. ALGUNS PONTOS PARA DISCUSSÃO**

- *Concepção de gestão apreendida dos depoimentos*
  - Gestão Clássica;
  - Co-gestão.
  
- *Fases de Consolidação da ESF nos municípios*
  - Implantação;
  - Consolidação;
  - Expansão;
  - Monitoramento e avaliação.
  
- *Relação entre o trabalho dos gestores e as políticas de saúde*
  - Leis Orgânicas da Saúde;
  - Pacto pela Saúde;
  - Política Nacional de Atenção Básica.



**APÊNDICE V**

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA  
UTILIZADO NA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG  
FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL -  
FAPERGS –

**Consentimento livre e esclarecido do participante**

Esclarecimento:

Prezado(a) Participante

**Estamos solicitando respeitosamente, sua colaboração no sentido de participar da pesquisa intitulada Trabalho em Saúde e o Contexto Tecnológico da Política de Atenção a Saúde da Família, que está sendo coordenada pela Professora Doutora Marta Regina Cezar-Vaz, juntamente com o grupo de trabalho interinstitucional constituído pelo Departamento de Enfermagem, Departamento de Fisiologia, Departamento de Medicina Interna, Departamento de Matemática da FURG e pelo Pólo de Educação Permanente da 3ºCRS.**

O **objetivo geral** da pesquisa constitui-se de uma análise do processo de trabalho desenvolvido no programa de saúde da família nos níveis de Coordenação Local e Regional do trabalho abrangido pela Terceira Coordenadoria da saúde do Estado do Rio grande do Sul (3ºCRS).

Para a **coleta de dados**, serão realizadas entrevistas e observações por amostragem de tempo, durante o trabalho dos profissionais da equipe.

As entrevistas e as observações serão descritas, garantindo o anonimato dos participantes e o caráter confidencial das informações obtidas. Para preservar o anonimato, as entrevistas e observações serão identificadas por um código. Garante-se que não haverá nenhuma repercussão funcional ou implicação legal para os participantes do estudo, junto à instituição em que este será realizado.

A pesquisa tem finalidade acadêmica e técnica e destina-se a ser um instrumento para auxiliar na construção de tecnologias de trabalho para o fortalecimento do sistema publico e com qualidade adequada a vida da humanidade.

Asseguramos o compromisso com os princípios éticos no processo de desenvolvimento do trabalho, bem como nos seus produtos de divulgação, reiteramos o respeito à privacidade e o anonimato de cada participante. Sobre a garantia de receber respostas ou esclarecimentos a qualquer pergunta ou dúvida acerca riscos, benefícios e demais assuntos relacionados à pesquisa;

Consentimento:

Pelo presente, declaro ter sido informado(a) de forma clara e detalhada, acerca dos objetivos, da justificativa, e do desenvolvimento da coleta dos dados: entrevistas, observações e anotações por escrito. Fui igualmente informado (a):

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca de qualquer questão referente ao trabalho;
- Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo;
- Da segurança que não serei identificado (a), e que se manterá o caráter do anonimato das informações na referencia de minha privacidade;
- Do compromisso de acesso as informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados
- De que serão mantidos os preceitos éticos e legais durante e após término do trabalho;
- De permitir o uso do gravador e anotações das falas e das observação, com garantia do anonimato.

Desta forma, concordo em participar referida pesquisa.

Assinatura do pesquisador em loco: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do Coordenador Geral da Pesquisa: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE VI**

**CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE UTILIZADO  
NA REALIZAÇÃO DO SEMINÁRIO TEMÁTICO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

**Consentimento Livre e Esclarecido do Participante**

Prezado(a) Participante

**Estamos solicitando respeitosamente, sua colaboração no sentido de participar de uma das etapas da pesquisa intitulada** Análise do Processo de Trabalho da Estratégia Saúde da Família: Estudo da Articulação entre os Gestores e as Equipes de Saúde, **que está sendo desenvolvida pela Mestranda Paula Pereira de Figueiredo, sob orientação da Professora Doutora Marta Regina Cezar-Vaz.**

O **objetivo geral** desta etapa da pesquisa é promover um diálogo refletido com os trabalhadores gestores da Estratégia Saúde da Família (ESF) local e regional sobre o conteúdo e a forma do modelo assistencial que estrutura o seu trabalho e como se engendram as relações entre estes modelos e as necessidades socioambientais e históricas no espaço-ação da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul (3ª CRS/RS).

Para a **coleta de dados**, será efetuada uma oficina de trabalho em que, primeiramente, serão apresentados os resultados da etapa anterior de pesquisa, realizada no ano de 2006, seguida da discussão, reflexão e construção de estratégias que contribuam com o desenvolvimento da ESF nos âmbitos local e regional.

Solicitamos seu consentimento para que a dinâmica de trabalho seja observada e descrita em diário de campo, bem como seja gravada em fita magnética. Para tanto, garantimos o anonimato dos participantes e o caráter confidencial das informações obtidas. Garante-se, também, que não haverá nenhuma repercussão funcional ou implicação legal para os participantes do estudo, junto à instituição em que este será realizado. A pesquisa tem finalidade acadêmica e técnica e destina-se a ser um instrumento para auxiliar na construção de tecnologias de trabalho para o fortalecimento do sistema público e com qualidade adequada à vida da humanidade.

Asseguramos o compromisso com os princípios éticos no processo de desenvolvimento do trabalho, bem como nos seus produtos de divulgação e a garantia de fornecer respostas ou esclarecimentos a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos riscos, benefícios e demais assuntos relacionados à pesquisa.

Consentimento:

Pelo presente, declaro ter sido informado(a) de forma clara e detalhada, acerca dos objetivos, da justificativa, e do desenvolvimento da coleta dos dados.

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca de qualquer questão referente ao trabalho;
- Da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do trabalho, sem que me traga qualquer prejuízo;
- Da segurança que não serei identificado (a), e que se manterá o caráter do anonimato das informações na referencia de minha privacidade;
- Do compromisso de acesso às informações em todas as etapas do trabalho bem como dos resultados;
- De que serão mantidos os preceitos éticos e legais durante e após término do trabalho;
- De permitir o uso do gravador e anotações das falas e da observação, com garantia do anonimato.

Desta forma, concordo em participar referida pesquisa.

Assinatura do pesquisador em loco: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Assinatura do Coordenador Geral da Pesquisa: \_\_\_\_\_

Telefones para contato com as pesquisadoras: (53) 3233-0307/ (53) 9135-2702.

## **ANEXOS**

**ANEXO I**

**PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE**



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE DA  
FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE  
(CEPAS - FURG) Registro MS - 25000.092771/2004 - 88

Em julho de 2004 o CEPAS - FURG, recebeu para avaliação o Projeto de Pesquisa Trabalho em Saúde e o Contexto Tecnológico da Política de Atenção a Saúde da Família, que tem como responsável a Profa. Marta Regina Cezar Vaz. Após avaliação de dois membros do CEPAS-FURG o Projeto foi aprovado sem restrições e enviado para CONEP. Encontra-se protocolado no CEPAS-FURG sob o número 02/2004.

Rio Grande, 23 de julho de 2004.

ANEXO II

Profª. Isabel Cristina de Oliveira Netto  
Coordenadora do CEPAS-FURG

**ANEXO II**  
**APROVAÇÃO DA TERCEIRA COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE DO**  
**ESTADO – 3ª CRS-**





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
SECRETARIA DA SAÚDE  
TERCEIRA COORDENADORIA REGIONAL DA SAÚDE

Ofício nº 1299

Pelotas, 27 de julho de 2004.

A 3ª Coordenadoria Regional de Saúde aceita e colaborará com a realização da pesquisa “O Trabalho em Saúde e o contexto tecnológico da política de Atenção à Saúde da Família”, sendo responsável Professora Marta Regina Cezar Vaz da Fundação da Universidade Federal de Rio Grande.

Atenciosamente,

Antonio Carlos Guarienti  
Delegado Regional de Saúde

*Antonio Carlos Guarienti*  
Delegado Regional de Saúde  
Matr. 1436.1726 - 3ª CRS

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)