

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

TÂNIA SILVA GOMES

Micropolítica do processo de trabalho:
o protagonismo dos trabalhadores de saúde no Pacto pela Saúde

Ribeirão Preto
2010

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

TÂNIA SILVA GOMES

Micropolítica do processo de trabalho:
o protagonismo dos trabalhadores de saúde no Pacto pela Saúde

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título Mestre em Ciências,
Programa de Pós Graduação em
Enfermagem em Saúde Pública

Linha de Pesquisa: Práticas, Saberes e
Políticas de Saúde.

Orientador: Profa. Dra. Ione Carvalho
Pinto

Ribeirão Preto
2010

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Gomes, Tânia Silva

Micropolítica do processo de trabalho: o protagonismo dos trabalhadores de saúde no Pacto pela Saúde. Ribeirão Preto, 2006.

100p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Práticas, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora: Pinto, Ione Carvalho.

1. Micropolítica. 2. Trabalho em saúde. 3. Pacto pela Saúde. 4. Programa Saúde da Família. 5. Atenção Primária à Saúde.

Gomes, Tânia Silva

Micropolítica do processo de trabalho: o protagonismo dos trabalhadores de saúde no Pacto pela Saúde

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública

Aprovado em / /2010.

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

Prof^a. Dr^a. _____

Instituição: _____ Assinatura _____

DEDICO ESTE TRABALHO

À minha querida mãe, Ana de Fátima

*Pela sua presença em todos os momentos, sempre confiante, o que faz toda a diferença na minha vida.
Amo muito a senhora!!*

À todos os trabalhadores de saúde

Que compõem a história da saúde brasileira, em seus trabalhos do dia-a-dia no Sistema Único de Saúde – SUS. Em especial, aos que contribuíram para a realização deste estudo.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Professora Doutora Ione Carvalho Pinto

Obrigada pela orientação, fruto de ensinamentos e aprendizados e, principalmente pela sabedoria dedicada em todos os momentos da elaboração dessa produção. Assim, não poderia deixar de agradecer sua sensibilidade ao compreender e me apoiar naquilo que acredito. Obrigada pelo carinho, acolhida, convivência.

Ao Pedro Silveira Carneiro

Difícil expressar somente com palavras a importância de sua presença na minha história de vida. Então, teço meus agradecimentos pela paciência, pelo aconchego e grandiosa colaboração na construção desse trabalho. Obrigada pelo gesto singelo de carinho e amor dedicado. Amo você!

AGRADECIMENTOS

Quero expressar a minha gratidão a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para tornar possível este estudo:

À Deus por sua benevolência, expressa na minha coragem para superar todos os desafios e força para finalizar mais essa etapa.

À todos os meus familiares, especialmente às minhas irmãs Keyla e Kênia, ao meu pai, Artur, minha sobrinha, Yasmim e meu cunhado Tadeu pelo apoio e alegrias no tempo compartilhado.

À Profª Drª Elizabete Takeda, minha grande amiga que sempre me incentivou e acreditou em mim. Que me proporcionou o primeiro contato com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- USP. Eu lhe sou eternamente grata!

À Profª Lucy, pelo seu carinho, acolhimento e os ensinamentos da língua estrangeira não só para o processo seletivo do mestrado.

Aos amigos que participaram desde o início dessa caminhada, Fernanda, Elaine, Priscila, Luciana, Nayra, Cecília, Ederson. Muito obrigada pela amizade de tantos anos e motivação!

À minha amiga Júlia, pelo companheirismo e disponibilidade constantes em me ajudar, ouvir, também pelo convívio senão pelas valorosas discussões.

Aos amigos que me acompanharam neste período, Dani, Keila, Elexandra, Lilian, Marcelen, Alexandre Bulgarelli, Cintia. Obrigada pelo companheirismo de todas as horas.

Aos colegas de pós-graduação e todos os participantes do grupo Nupesco, obrigada pela convivência, pelo compartilhar experiências, discussões e conhecimentos.

Ao cebianos do núcleo Ribeirão Preto e região, Dário, Lá, Jú, Nati, Karen, Codi, Elisa, Gui, Carla, Zé, Jurca, Jonathan (gaúcho), obrigada pela convivência e principalmente pelas discussões fomentadoras compartilhadas que iluminaram objeto desta pesquisa.

Ao Prof. Pedro Fredemir Palha e Profª Tereza Cristina Scatena Vile (Títi), pelos ensinamentos e principalmente pela oportunidade de discussão sobre o Pacto pela Saúde com o Prof. Eugênio Vilaça Mendes durante a disciplina: Modelos de Atenção à Saúde.

Ao Prof. Emerson Elias Merhy pela presença no Congresso Rede Unida em 2009, que me instigou para o tema da minha pesquisa.

À Profª Drª Lucieli, pela sua acolhida e confiança desde o primeiro dia que conversamos. Muito obrigada! Também por estar presente com sugestões diferenciadas oferecidas durante o exame de qualificação.

À Profª Drª Sílvia Matumoto, pela presença nas discussões do grupo NUPESCO e especialmente pelas sugestões oferecidas durante o exame de qualificação, que me levaram a reflexões importantes para o desenho dessa produção. Muito Obrigada!

À Profª Drª Janise pelas contribuições na construção do instrumento de coleta de dados. Sua experiência com o cotidiano das práticas em saúde enriqueceu o instrumento.

À Secretaria Municipal de Saúde de Marília, em especial ao Secretário de Saúde, Dr. Júlio Cezar Zorzetto, pela autorização e oportunidade de entrevistar e rever os colegas/ trabalhadores de saúde da Rede de Atenção Básica.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto- EERP/USP pela possibilidade de qualificação.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, pelo apoio financeiro concedido, fundamental para a concretização desta pesquisa.

Aos funcionários do MISp e da Secretaria da PG, obrigada pela disponibilidade e presteza.

Aos funcionários da EERP-USP, obrigada pelo tratamento sempre com atenção e prontidão.

*“Devemos assumir que somos responsáveis, com os nossos saberes e fazeres, pelo
que vai ser amanhã”*

Paulo Freire

RESUMO

GOMES, T. S. **Micropolítica do processo de trabalho: o protagonismo dos trabalhadores de saúde no Pacto pela Saúde**. 2010. 100f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2010.

O presente estudo buscou compreender a micropolítica do processo de trabalho a partir da implicação e percepção dos trabalhadores de saúde, enquanto agentes protagonistas na efetivação do Pacto pela Saúde. Apoiamo-nos no referencial teórico do processo de trabalho em saúde. O cenário de estudo constituiu-se por dez USF de um município do Estado de São Paulo. O estudo foi realizado no mês de dezembro de 2009, com 20 trabalhadores de saúde, sendo 03 vinculados à coordenação da Rede de Atenção Básica e 17 vinculados à coordenação da equipe Saúde da Família (médico, enfermeiro e dentista). Utilizamos a abordagem qualitativa, técnica de coleta de dados a entrevista semiestruturada e método de análise de dados a análise de conteúdo, onde discorremos quatro unidades temáticas: Apresentando os trabalhadores de saúde: atores que protagonizam o Pacto pela Saúde; Possibilidade de aproximação para os trabalhadores de saúde com o Pacto pela Saúde; O reflexo dos elementos do Pacto pela Saúde no processo de trabalho: a percepção dos trabalhadores de saúde; A contribuição da prática na perspectiva do Pacto pela Saúde: o sentir-se parte da “obra”. Os resultados mostraram que o Pacto ancora o processo de trabalho, quando nos relatos das cenas do dia-a-dia trazidos pelos entrevistados surge a expressão das prioridades e metas pactuadas pelo município e que os trabalhadores vinculados à coordenação da Equipe de Saúde da Família, apresentaram a percepção de que o fazer do dia-a-dia do serviço de saúde é defender o SUS, calcado no “crer” de seu próprio trabalho, conhecimentos superficiais relativos à abordagem direta quanto ao Pacto e percepção de distanciamento na elaboração do Pacto frente às realidades do cotidiano dos serviços. Isso se justifica pelo processo de construção das metas municipais ainda se darem numa lógica setorializada, por programas verticais, sem a participação dos atores que desenvolvem as ações previstas e, provavelmente, pelo momento histórico, relativamente incipiente, do produto do Pacto no espaço micro. Se a percepção dos trabalhadores de saúde em relação ao Pacto é frágil, isso não necessariamente acontece com a sua implicação com a construção da “obra”, quando encontramos momentos onde a Equipe Saúde da Família ressignifica a meta pactuada, para fazer sentido a partir das realidades singulares de cada equipe. O trabalhador de saúde pode assumir a autoria de sua obra, e de seu empenho com a obra, ao interrogar o mundo de seu trabalho, possibilitando o entendimento da intencionalidade do trabalho no plano ético e político. Este trabalho nos permitiu pensar, analisar e revelar a idéia de que muito ainda precisa haver diálogo sobre o Pacto pela Saúde como instrumento de gestão, a fim de aproximar os trabalhadores de saúde da construção da “obra”.

Palavras chave: Micropolítica, Trabalho em Saúde, Pacto pela Saúde, Programa Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

GOMES, T. S. Micropolitics of the work process: the protagonism of the health workers in the “Pacto pela Saúde”. 2010. 100f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2010.

The current study was aimed at understanding the micropolitics of the work process deriving from the implication and perception of the health workers, as protagonist agents in the implementation of the “Pacto pela Saúde”. We supported ourselves with the theoretical referential of the work process in health. The scenario of the study was made of ten family practice units from a municipality in São Paulo State. The study was carried out during December 2009, with twenty health workers, three of which linked to the coordination of the basic care network and seventeen linked to the coordination of the family practice teams (medical doctors, nurses and dentists). We utilized a qualitative approach, with a semistructured interview and content analysis as the method for analysis, going through four thematic units: Presenting the health workers: protagonist actors of the “Pacto pela Saúde”; Possibility for proximity of the health workers with the “Pacto pela Saúde”; The reflex of the elements of the “Pacto pela Saúde” in the work process: the perception of the health workers; The contribution of the practice in the perspective of the “Pacto pela Saúde”: the feeling of being part of the work. Results show that the “Pacto” anchors the work process, when in the accounts of the everyday scenes brought by the interviews appears the expressions of the priorities and goals agreed upon by the municipality, and when the health workers linked to the coordination of the family practice team present perceptions that the everyday practice of the health service is defending the “Sistema Único de Saúde”, rooted in the belief in his own work, superficial knowledge relating to the direct approach as of the “Pacto” and the perception of the distance between the elaboration of the “Pacto” and the everyday reality of the service. That justifies itself in the partitioned logic in which the process of construction of goals is based, by vertical program, without the participation of the actors that perform the programmed actions and likely by the relatively incipience of the product of the “Pacto” in the micro space, at this historical moment. If the perception of the health workers regarding the “Pacto” is fragile, that does not necessarily happens with his implication with the construction of the work, where we find moments in which the family practice team resignifies the agreed upon goal, in order for it to make sense in the singular realities of each team. The health worker may incorporate the authorship of his work, and his effort in his work, by questioning the world of his work, enabling the understanding of the intentionality of his work in the ethical and political plans. This study allowed us to think, analyze and reveal the idea that much has yet to be dialogued over the “Pacto” as an instrument, in order to bring the workers closer to the construction of the work.

Key words: Micropolitics, Health Work, “Pacto pela Saúde”, family practice program, Primary Health Care.

RESUMEN

GOMES, T. S. Micro política del proceso de trabajo: el protagonismo de los trabajadores de salud en el Pacto por la Salud. 2010. 100f. Disertación (Maestría) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto, 2010.

El presente estudio buscó comprender la micro política del proceso de trabajo a partir de la implicación y percepción de los trabajadores de salud, mientras agentes protagonistas en la efectuación del Pacto por la Salud. Fue utilizado el referencial teórico del proceso de trabajo en salud. El escenario de estudio se constituyó de diez USF (Unidad de Salud de la Familia) de un municipio del estado de São Paulo. El estudio fue realizado en el mes de diciembre de 2009, con 20 trabajadores de salud, siendo 03 vinculados a la coordinación de la Red de Atención Básica y 17 vinculados a la coordinación del equipo Salud de la Familia (médico, enfermero y dentista). Utilizamos la aproximación cualitativa, la técnica de recolecta de datos fue la entrevista semiestructurada y fue utilizado el método de análisis de contenido, donde emergió cuatro unidades temáticas: Presentando los trabajadores de salud: actores que protagonizan el Pacto por la Salud; Posibilidad de aproximación para los trabajadores de salud con el Pacto por la Salud; El reflejo de los elementos del Pacto por la Salud en el proceso de trabajo: la percepción de los trabajadores de salud; La contribución de la práctica en la perspectiva del Pacto por la Salud: lo sentirse parte de la “obra”. Los resultados mostraron que el Pacto guía el proceso de trabajo, cuando en los relatos de las escenas del día-a-día traídos por los entrevistados surge la expresión de las prioridades y metas pactadas por el municipio y que los trabajadores vinculados a la coordinación del Equipo de Salud de la Familia, presentaron la percepción de que el hacer del día-a-día del servicio de salud es defender el SUS, pisado en el “creer” de su propio trabajo, conocimientos superficiales relativos a la aproximación directa en cuanto al Pacto y percepción de distanciamiento en la elaboración del Pacto frente a la realidades del cotidiano de los servicios. Eso se justifica por el proceso de construcción de las metas municipales aún se den en una lógica sectorizada, por programas verticales, sin la participación de los actores que desarrollan las acciones previstas y, probablemente, por el momento histórico, relativamente incipiente, del producto del Pacto en el espacio micro. Si la percepción de los trabajadores de salud en relación al Pacto es frágil, eso no necesariamente acontece con su implicación con la construcción de la “obra”, cuando encontramos momentos donde el Equipo Salud de la Familia resinifica la meta pactada, para tener sentido a partir de las realidades singulares de cada equipo. El trabajador de salud puede asumir la autoría de su obra, y de su empeño con la obra, al interrogar el mundo de su trabajo, posibilitando la comprensión de la intencionalidad del trabajo en el plan ético y político. Este trabajo nos permitió pensar, analizar y revelar la idea que aún necesita ser dialogada sobre el Pacto por la Salud como instrumento de gestión, a fin de aproximar los trabajadores de salud de la construcción de la “obra”.

Palabras clave: Micro política, Trabajo en Salud, Pacto por la Salud, Programa Salud de la Familia, Atención Primaria de Salud.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 –	Distribuição das Unidades da Rede de Atenção Básica do município de Marília-SP, 2008	42
------------	--	----

LISTA DE TABELA

Tabela 1-	Mapeamento das áreas de risco do município de Marília - SP, (1996 apud Relatório de gestão 2008)	43
-----------	--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Número de trabalhos encontrados de acordo com os descritores, palavras e expressões, entre 2006 e 2009, nas bases de dados da BVS	31
Quadro 2-	Trabalhos selecionados de acordo com as combinações entre os descritores, palavra e expressões nas bases de dados da BVS.	33
Quadro 3-	Apresentação das Unidades Saúde da Família (USF) que constituíram o cenário de estudo – USF por região municipal, tempo de implantação e alocação segundo o mapeamento das áreas de risco (com número de habitantes maior que 100) do município de Marília (SP) (1996 apud Relatório de gestão, 2008)	44

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ABRES - Associação Brasileira de Economia de Saúde

AIS - Ações Integradas de Saúde

AMPASA - Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde

AMQ - Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família

APS - Atenção Primária à Saúde

BDTD-USP - Biblioteca Digital de teses e dissertações da USP

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

CAOIM - Centro de Atendimento a Obesidade Infantil de Marília

CAPS - Centro de Atendimento Psicossocial

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CF - Constituição Federal de 1988

CIB - Comissão Intergestores Bipartite

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNS - Conselho Nacional de Saúde

COMAP - Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretárias Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

COSEMS - Conselho de Secretárias Municipais de Saúde

DRS - Diretoria Regional de Saúde

EP - Educação Permanente

FAMEMA - Faculdade de Medicina de Marília

Fito-Saúde - Farmácia de Manipulação de fitoterápicos

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

LOS - Leis Orgânicas da Saúde

MEDLINE - Literatura Internacional em Ciências da Saúde

MS - Ministério da Saúde

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NEPEM - Núcleo de Educação Permanente

NOAS - Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde

PIASS - Programa de Interiorização das Ações de Saúde

PNS - Plano Nacional de Saúde

PROIID - Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar

PSF - Programa Saúde da Família

REDE UNIDA - Rede de Projetos Integrados Ensino – Serviço – Comunidade

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SciELO - Scientific Electronic Library Online

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SIAL - Sistema de Informação Ambulatorial Local

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUDS – Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UCAF - Unidade Central de Assistência Farmacêutica

UCEM - Unidade Central de Esterilização de Materiais

UMIMAR - Universidade de Marília

Unicef - Fundo das Nações Unidas para Infância

UPES - Unidade de Prevenção e Educação em Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	20
1.1 Um percurso na história da saúde brasileira a partir da década de 70.....	20
1.2 A Atenção Básica no Brasil: das experiências iniciais à Estratégia Saúde da Família	24
1.3 Justificativa do estudo.....	30
2. OBJETIVOS.....	34
2.1 Objetivo Geral.....	34
2.2 Objetivos Específicos.....	34
3. MARCO TEÓRICO.....	35
3.1 A Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde.....	35
4. MATERIAL E MÉTODO.....	40
4.1 Caracterização do Estudo.....	40
4.2 Local do Estudo.....	40
4.3 Cenário do Estudo.....	43
4.3.1 Critérios de Inclusão das USF.....	44
4.4 Sujeitos do Estudo.....	45
4.4.1 Critérios de Inclusão dos Sujeitos do Estudo.....	45
4.4.2 Critérios de Exclusão dos Sujeitos do Estudo.....	45
4.4.3 Critérios de Eliminação dos Sujeitos do Estudo.....	46
4.5 Procedimentos para Coleta de Dados.....	46
4.6 Pré-teste.....	47
4.7 Análise dos Dados.....	48
5. Apresentando os trabalhadores de saúde: atores que protagonizam o pacto pela saúde.....	50
6. Possibilidade de aproximação para os trabalhadores de saúde com o pacto pela saúde.....	52
7. O reflexo dos elementos do pacto pela saúde no processo de trabalho: a percepção dos trabalhadores de saúde.....	57
8. A contribuição da prática na perspectiva do pacto pela saúde: o sentir-se parte da “obra”.....	71
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
Referências.....	88
Apêndices.....	95
Anexos.....	99

1. INTRODUÇÃO

“Quanto dura a história? A pergunta é retórica, porque a história dura sempre, segue adiante (no tempo, não no progresso), mesmo nas mais difíceis circunstâncias: no teatro da vida a história é um drama contínuo”

MARIO TESTA (1995a, p.56).

1.1 Um percurso na história da saúde brasileira a partir da década de 70

O interesse na história da saúde brasileira, mais especificamente a partir do advento da reforma sanitária, não é apenas reconstruir o que já aconteceu, mas, como diz Barembliitt (1996, p. 42) “é o de reconstruir o passado enquanto ele está vivo no presente, enquanto ele está atuante e pode determinar ou já estar determinando o futuro”. É o ato de implicar-se no movimento dinâmico da história enquanto ator para aprender como militar a favor da transformação.

Dessa forma, o objeto construído para essa investigação é a micropolítica do processo de trabalho dos trabalhadores de saúde da Estratégia de Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde (APS), na perspectiva do Pacto pela Saúde.

O movimento da Reforma Sanitária brasileira, originário nos grupos de profissionais que configuravam uma oposição às propostas para o setor, surge na segunda metade dos anos 70, em meio a um movimento político-social maior que se estendia por todos os segmentos da sociedade: as lutas pela democracia e contra a ditadura. Este movimento de redemocratização do país determinou novos rumos para as políticas públicas e incitou o surgimento de atores sociais relevantes na arena sanitária que protagonizaram mudanças alcançadas pela politização da saúde.

Dentre estes atores, conferimos as entidades que integraram o movimento da Reforma Sanitária: CEBES (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde), ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva), ABRES (Associação Brasileira de Economia de Saúde), REDE UNIDA (Rede de projetos Integrados Ensino – Serviço – Comunidade), AMPASA (Associação de Membros do Ministério Público em Defesa da Saúde), Frente Parlamentar da Saúde, entre outras entidades, todas ligadas aos segmentos dos usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviços e gestores (SANTOS, 2006).

No segmento dos gestores, pontuamos a organização do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) simultaneamente ao processo de construção dos Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS) nos Estados. Essas entidades transformaram-se em importantes instâncias políticas de mobilização e organização dos secretários de saúde e importante composição de atores no processo de construção das ideias de descentralização e municipalização. (CONASEMS, 2006)

A Reforma Sanitária permaneceu ao mesmo tempo na oposição ao regime autoritário e de reformulação do sistema de saúde, atingindo seu ponto culminante na 8ª Conferência de Saúde de 1986, momento em que emergiu o mais amplo e democrático debate sobre saúde no país, que propunha três grandes temas: a “Saúde como direito do cidadão e dever do Estado”; o “Financiamento setorial” e a “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde” na lógica de um sistema único de saúde, organizado, entre outras, pela diretriz da descentralização e com direção única em cada esfera de governo. Mais tarde, isso foi contemplado no artigo 196 e 198 da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988 e NASCIMENTO, 1986).

A Constituição Federal (CF) de 1988, na história nacional, constitui um marco político-institucional importante, quando reafirma o Estado democrático e define uma política de proteção social abrangente, o que possibilitou a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), formulado pelas Leis 8080 de 19 de setembro de 1990 e 8142 de 28 de dezembro do mesmo ano, conhecidas como “Leis Orgânicas da Saúde” (LOS). Tais leis propõem a descentralização político-administrativa, regulamentando as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento do SUS (BRASIL, 1990a) e a regulamentação da participação da comunidade em sua gestão, e as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde (BRASIL, 1990b).

Vale notar que os intelectuais do movimento sanitário brasileiro se ancoraram em experiências europeias de bem-estar social desenvolvida na Inglaterra, Suécia, União Soviética e, mais tarde, em Portugal, Itália, Canadá, Cuba, Austrália, e assim por diante para elaboração da plataforma política apresentada na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), assim como o desenho organizacional do SUS (CAMPOS, 2007).

A conformação do desenho do SUS consistiu na convivência entre dois grandes projetos sanitários no país, além da miríade de combinações existentes entre estes projetos, como aponta o autor Gastão Wagner de Sousa Campos em seus estudos sobre política de saúde no Brasil, abalizando que “O SUS é quase um híbrido entre duas tradições”. O autor faz referência a projetos polares: os sistemas nacionais de saúde e o sistema liberal-privatista, considerados dois conceitos abstratos indicativos de projetos políticos articulados a partir de valores e de interesses distintos (CAMPOS, 1991, 2007).

Os atores sociais que os representam costumam ser distintos. Em geral, os propensos a entenderem a saúde como uma questão que deve ser tratada com as regras de mercado, ordenador das relações sociais, e que defendem o projeto liberal-privatista; e os outros, que compreendem a saúde como direito de cidadania e defendem as políticas públicas, constituídos na sua maioria por ativistas do movimento sanitário. As políticas de saúde resultam desse jogo de poder, em que cada

classe ou grupo de atores sociais disputam a hegemonização do sistema de saúde com diferentes graus de sucesso dependentes das diferentes conjunturas.

A primeira iniciativa de operacionalizar o SUS, a Norma Operacional Básica (NOB-SUS) 01/1991, editada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), durante o governo Collor de Melo apresentou dois retrocessos no âmbito da descentralização: ter mantido o financiamento federal na lógica de pagamento por procedimentos e estabelecido relação entre os entes federados de forma convenial, cerceando as prerrogativas de gestão nos distintos níveis de governo, de tal forma que os Estados e municípios tornaram-se meros prestadores de serviços (BUENO & MERHY, 1996).

A NOB-SUS 03/1993, editada pelo Ministério da Saúde (MS) no mesmo governo (após o *impeachment* do presidente Collor), tenta construir um sistema decisório compartilhado pelas diferentes instâncias federativas nas relações intergestoras das Comissões Bipartites (CIB) e Tripartites (CIT), sob o controle social dos Conselhos de Saúde, com caráter deliberativo e paritário em cada nível de governo, além de impulsionar a municipalização mediante as habilitações em gestão incipiente, parcial e semiplena (BUENO & MERHY, 1996).

A NOB-SUS 06/1996 consolida a municipalização nas modalidades de gestão plena do sistema municipal e da atenção básica e redefine as responsabilidades da União e dos Estados. No entanto, ao mesmo tempo em que aponta para autonomia do município como gestor pleno, constrói linhas de financiamento verticalizadas, impedindo (ou pelo menos induzindo) os programas prioritários, não-definidos nos fóruns deliberativos locais de controle social (BUENO & MERHY, 1996).

A publicação das Normas Operacionais da Assistência em Saúde (NOAS), editadas em 2001 e 2002, enfatiza o processo de regionalização e a ampliação do acesso da população à atenção especializada em saúde por meio da organização de sistemas de referência intermunicipais e interestaduais. Entretanto, as diversas realidades loco-regionais colocaram os gestores da saúde frente a enormes desafios na busca da garantia da atenção integral, os quais não podiam ser superados, sobretudo em função da rigidez das normas (SILVA & DOBASHI, 2006).

Desde então os municípios vinham sentindo o excesso de normatização, fragmentação nas formas de financiamento e dezenas de sistemas de informação na gestão do SUS.

Em 2003, o CONASEMS lançou a Carta de Belo Horizonte, na qual realiza uma defesa, dentre outras prioridades, da descentralização e do comando único, e de fazer “esforços que garantam a integralidade de atenção à saúde” (CONASEMS, 2006, p. 24). Concomitantemente, a nova equipe do

Ministério da Saúde (que assumiu no início do governo Lula), a partir deste movimento realizado pelos municípios, iniciou um movimento interno em relação à gestão do SUS (SILVA & DOBASHI, 2006).

Outro marco importante em 2003 foi a elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS) que, mais tarde, seria instrumento básico do Pacto pela Saúde no Brasil. O PNS foi construído a partir das deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde, iniciativa inédita, ao fazer cumprir pela primeira vez, no nível federal, a exigência de elaborar Planos de Saúde e aprová-los nos Conselhos de Saúde. Apesar da exigência de existir o Plano de Saúde para os três níveis, desde o início da implantação do SUS apenas os municípios foram obrigados a fazer Planos de Saúde (CONASEMS, 2006).

A partir daí, iniciou-se um movimento entre o Ministério da Saúde, representações dos gestores do SUS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) no âmbito das instâncias de pactuação entre os gestores (CIB e CIT) para a realização de um debate solidário desenvolvido durante três anos de negociações e que resultou no compromisso público firmado pela Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006, o chamado “Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS”. Este pacto está classificado em três dimensões: Pacto de Gestão, Pacto em Defesa do SUS e Pacto pela Vida (BRASIL, 2006a).

O Pacto de Gestão define a responsabilidade sanitária das instâncias do SUS, estabelecendo as diretrizes para a sua gestão: descentralização; regionalização; financiamento; programação pactuada e integrada; regulação; participação e controle social; planejamento; gestão do trabalho e educação na saúde (BRASIL, 2006b).

A proposta do Pacto de Gestão é extinguir as atuais formas de Gestão Plena do Sistema Municipal ou Estadual de Saúde e a Gestão Plena da Atenção Básica, substituindo-as em cada estado ou município por um Termo de Compromisso de Gestão, no qual o gestor deve explicitar suas responsabilidades sanitárias, seus objetivos e metas prioritárias dentro das dimensões do Pacto pela Vida e de Gestão e os respectivos indicadores de monitoramento e avaliação (BRASIL, 2006c). A pactuação desses indicadores por Municípios, Estados e Distrito Federal, segundo a Portaria nº 91/GM de 10 de janeiro de 2007a, deve se dar de forma articulada com o Plano de Saúde e sua Programação Anual, e ser precedida da análise do Relatório de Gestão do ano anterior, ambos instrumentos fundamentais do planejamento do sistema.

Este Termo passou a ser o meio pelo qual os gestores aderem ao Pacto, dentro de um processo de discussão com os agentes do controle social e demais espaços de gestão (municipal, regional, estadual e federal), revisto anualmente de forma a se manter coerente com as necessidades de saúde e com a capacidade de gestão de cada lugar (BRASIL, 2006c).

O Pacto em Defesa do SUS estabelece compromissos políticos que envolvem o Estado, ou seja, as esferas de governo e a sociedade civil, no intuito de:

[...] fazer do SUS uma política de Estado, mais do que uma política de governo e de defender os princípios fundamentais dessa política pública na forma como foram inscritos na Constituição Federal, o que coloca a saúde pública brasileira na contramão do pensamento neoliberal, sustentado na idéia da redução das responsabilidades do Estado com a oferta de serviços para a sociedade. (BRASIL, 2006d, p. 26).

Estes compromissos políticos estão baseados na compreensão da necessidade de se retomar a luta pelo direito à saúde, repolitizando-a por meio de um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira, visando a aproximá-la dos desafios atuais do SUS e a consolidar a sua efetivação (BRASIL, 2006d).

O Pacto pela Vida reforça, no SUS, o movimento da gestão pública em busca de resultados, com compromissos sanitários considerados prioritários, pactuados de forma tripartite, a ser implementados pelos entes federados. Prioridades estaduais, regionais ou municipais podem ser agregadas às prioridades nacionais a partir de pactuações locais. Os estados e municípios devem acordar as ações que considerem necessárias ao alcance das metas e objetivos gerais propostos (BRASIL, 2006b).

A portaria GM/MS nº 325, de 21 de fevereiro de 2008, define as seguintes prioridades do Pacto pela Vida: atenção à saúde do idoso; controle do câncer de colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS; promoção da saúde; saúde do trabalhador; saúde mental; fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; saúde do homem; fortalecimento da atenção básica.

1.2 A Atenção Básica no Brasil: das experiências iniciais à Estratégia Saúde da Família

Simultaneamente à trajetória do movimento da Reforma Sanitária e acompanhando todo um movimento internacional, os atores de saúde brasileiros vivenciaram a proposta da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada na cidade de Alma Ata, Cazaquistão, (na antiga União Soviética), em 1978, promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef), tendo se estabelecido uma nova plataforma de política sanitária internacional (STARFIELD, 2004).

Nessa conferência, foi definido e outorgado o reconhecimento internacional da Atenção Primária à Saúde (APS), expressa nos princípios da Declaração de Alma Ata, como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo e atenção continuada à saúde. (OMS apud STARFIELD, 2004, pp. 30-31).

Para a organização de um sistema de saúde através da APS, alguns autores como Starfield (2004) e Mendes (2002), consideram que alguns princípios sejam observados: o 'primeiro contato', a 'longitudinalidade', a 'integralidade', a 'coordenação', a 'focalização na família' e a 'orientação comunitária', sem desconsiderar a transversalidade e interdependência destes.

A organização de um sistema de saúde transcorre por interpretações diferenciadas do modelo de APS possui e até mesmo coexistem dentro de um país.

Segundo Mendes (2002, p.10), existem três interpretações principais da APS:

[...] como atenção primária seletiva (um programa específico destinado às populações e regiões pobres as quais se oferece, exclusivamente, um conjunto de tecnologias simples e de baixo custo, providas por pessoal de baixa qualificação e sem a possibilidade de referência em nível de atenção de maior densidade tecnológica; a APS como primeiro nível do sistema de serviços de saúde (modo de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema enfatizando a função resolutive desses serviços sobre os problemas comuns da saúde, para minimizar os custos econômicos e satisfazer as demandas da população restritas às ações do primeiro nível) e a APS como estratégia de reorganização do sistema de serviços de saúde (forma de reorganizar, reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer as necessidades, demanda e representações da população o que implica a articulação da APS dentro de um sistema integrado de serviços de saúde).

Schraiber e Golçalves (1996) apontam que, muitas vezes, a APS é vista como algo menos complexo por utilizar tecnologias de menor densidade. Mas eles advertem que a tecnologia é de alta complexidade quando tomamos a questão do conjunto de sentidos da integralidade da assistência, principalmente no que se refere ao modo de organização dos serviços e práticas de saúde.

No Brasil, a proposta de APS, nos anos 70, se deu pelos programas de extensão de cobertura, enfatizados pela necessidade de se expandir a assistência à saúde aos contingentes populacionais excluídos do modelo médico-assistencial privatista, na época hegemônico, especialmente aqueles que viviam nas periferias das cidades e zonas rurais.

Dessa forma, iniciam-se experiências pioneiras em instituições acadêmicas, como em Paulínia (SP) e Montes Claros (MG), que confluem para o primeiro programa de medicina simplificada em nível federal, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde (PIASS) em 1976, iniciado no Nordeste e estendido para todo o território nacional em 1979, o que resultou numa grande expansão da rede ambulatorial pública (MENDES, 2002).

Vale lembrar que o final dos anos 70 foi marcado pelo esgotamento do modelo médico-assistencial privatista, que apresentava intensas inadequações à realidade sanitária nacional de forma a reciclá-lo num contexto de crise fiscal do Estado com fortes repercussões na Previdência Social e numa coincidência com o processo de redemocratização do Brasil.

No início dos anos 80, ocorreu uma grave crise na Previdência Social que levou à instituição das Ações Integradas de Saúde (AIS), as quais representaram o primeiro aceno concreto, embora tímido, em direção à estruturação da APS no Brasil.

A partir das AIS, a Previdência Social passou a transferir recursos, por meio de convênios, às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. “Mas havia uma diferença fundamental com o modelo do PIASS: a medicina simplificada já não era suficiente porque o convênio exigia que as unidades de APS prestassem atenção médica à clientela previdenciária” (MENDES, 2002, p.26).

As AIS foram substituídas pelo Sistema Unificado e Descentralizado (SUDS), em 1987, e a nova Constituição Federal de 1988 criou o SUS, tendo como uma de suas diretrizes a descentralização, que assume forma da municipalização, com a transferência da rede de Atenção Primária à Saúde dos Estados para os municípios. Neste momento, cada município seria o gestor único do sistema local, constituindo atores fundamentais da implementação do sistema.

Segundo Mendes (2002, p.26), o SUS traz uma importante mudança qualitativa na assistência ao colocar a integralidade na atenção à saúde como um de seus princípios. Assim, não faz sentido ofertar uma APS como programa de atenção primária seletiva. Tornou-se necessário construir “um modelo de atenção primária à saúde que desse conta de concretizar a integralidade das ações e dos serviços de saúde e pudesse colocar-se como alternativa ao modelo convencional vigente”.

Ressalta-se que, no âmbito do SUS, a APS tem sido descrita com o termo de Atenção Básica. Essa designação, essencialmente brasileira, foi formulada com o intuito de “construir uma identidade institucional própria, capaz de estabelecer uma ruptura com uma concepção redutora desse nível de atenção” (MS, 2003, p.07).

Ao longo do tempo, surgiram várias propostas alternativas ao modelo convencional hegemônico para a organização da Atenção Básica, tais como: a proposta da Medicina Geral e Comunitária (que teve início em Porto Alegre, em 1983); a da Ação Programática em Saúde (originada em São Paulo

nos anos 70); a do Médico de Família (implantada em Niterói em 1992); e o modelo de Defesa da Vida (desenvolvido em Campinas no final dos anos 80) (MENDES, 2002).

Essas propostas representaram alternativas de Atenção Básica de qualidade à população de acordo com os princípios do SUS; no entanto, não se institucionalizaram como políticas públicas de vulto nacional. Isso só veio a acontecer através da portaria GM/MS nº 692, de 25 de março de 1994, que regulamenta o Programa Saúde da Família (PSF). Mendes (2002) considera este momento como o quinto ciclo de expansão da APS no país.

A origem do PSF está no lançamento, pelo Ministério da Saúde em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), voltado para o enfrentamento do grave problema de morbimortalidade materna e infantil na região Nordeste do país. O PACS pode ser visto como o antecessor do PSF devido a alguns de seus elementos que tiveram um papel central na construção do novo programa. De certo modo, o que se percebeu foi a adoção de uma prática não apenas estruturada na intervenção médica, mas buscando a integração com a comunidade. Isso abre um espaço de mudança de modelo de atenção que possibilita passar do atendimento de demanda para o atendimento por responsabilidade sanitária.

Segundo Mattos (2002), a história do PSF pode ser dividida em um primeiro momento, em que é visto como uma forma de extensão de cobertura e ampliação do acesso aos serviços de saúde, e um segundo momento, a partir de 1996, quando passa a ser considerado uma estratégia de transformação do modelo assistencial com proposta de substituição das práticas tradicionais de assistência. Com isso, tem início uma mudança do conceito de programa, por estar vinculado a uma ideia de verticalidade e transitoriedade, passando a ser usada a denominação de Estratégia de Saúde da Família, já que o MS a considerava uma estratégia de escolha para reorientação da atenção à saúde no país.

Desta forma, a Estratégia de Saúde da Família assume como foco a reorganização da Atenção Básica, contribuindo para o fortalecimento dos princípios da universalidade, integralidade e equidade do SUS. Além disso, tem potencialidade para transformação em diversos sentidos ao privilegiar outras interfaces do sistema: busca estimular a organização dos sistemas locais e pauta-se pela aproximação dos serviços com a realidade da população, envolvendo os atores sociais destas mesmas realidades.

Na Política Nacional de Atenção Básica, segundo a portaria GM/MS nº 648/GM de 28 de março de 2006, em seu capítulo II, a Estratégia de Saúde da Família deve:

Ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam; atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no

diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e ser um espaço de construção de cidadania (MS, 2006e, p. 22).

A Estratégia de Saúde da família está pautada no trabalho de uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e “número de agentes comunitários de saúde suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os integrantes”, ofertando serviços a uma população adscrita de “no máximo 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes”, devendo ocorrer uma flexibilidade devido às diferenças regionais do país (BRASIL, 2006e, p.26). Em 2001, foram incorporados a esta equipe mínima os profissionais de saúde bucal: o cirurgião dentista, técnico em saúde bucal e atendente de consultório dentário (BRASIL, 2006e)

A progressiva expansão da Estratégia de Saúde da Família no Brasil vem comprovando a adesão dos gestores estaduais e municipais, chegando ao percentual de cobertura de 48,9% população, contando com 28.865 equipes Saúde da Família distribuídas em 5.218 municípios, o que representa um percentual de 93,8% dos municípios brasileiros com a estratégia implantada, de acordo com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica de agosto de 2008 (BRASIL, 2008c).

Apesar dos avanços, observaram-se limitações importantes quanto à implementação da Estratégia de Saúde da Família nas grandes cidades brasileiras, que concentram a maior parte da população do País. Nesse contexto, o MS, com o objetivo de apoiar a expansão da cobertura, consolidação e qualificação da Estratégia Saúde da Família nos municípios brasileiros com população acima de 100 mil habitantes, implementou o Programa de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (Proesf), em 2001. Foram 187 municípios participantes da Fase 1 do Proesf, tendo sido registrado um aumento de 43% no número de equipes de Saúde da Família implantadas de dezembro de 2003 a junho de 2007, com extensão da cobertura média nesses municípios de 25,7% para 34,4% nesse período (BRASIL, 2007b).

Atualmente, os beneficiários diretos da Fase 2 do Proesf (BRASIL, 2009) são as populações dos municípios brasileiros que implantaram equipes de Saúde da Família dentro do período de desenvolvimento do Projeto na Fase 1 (BRASIL, 2007).

É analisada a discussão trazida por Mendes (2002) quanto ao entendimento da APS como uma estratégia de reorganização dos sistemas de atenção à saúde e não como um programa para pobres ou um nível de atenção à saúde, e que deve ser tomada como uma efetiva prioridade pelos gestores do SUS, nas três instâncias federativas. Dessa forma, conferimos na pactuação, de forma tripartite, o fortalecimento da Atenção Básica organizada pela Estratégia Saúde da Família, compondo um eixo

estruturante do conjunto de prioridades políticas lançadas no Pacto pela Saúde, como citado anteriormente.

Mendes (2009) em seu trabalho “Agora mais que nunca”, uma revisão bibliográfica sobre a APS, traz evidências sobre os benefícios da APS nos sistemas de saúde, comentando que o SUS não poderá desconsiderar a convocação da Organização Mundial da Saúde (OMS), dizendo: “Agora é a hora, mais que em qualquer tempo, de aperfeiçoar a atenção primária à saúde radicalizando a proposta do Programa de Saúde da Família (PSF)”.

Dessa forma, diante e a partir dos momentos históricos que foram expostos, considerados relevantes por nos fazer pensar e refletir sobre a importância de terem sido constituídos por atores sociais que, de alguma maneira, potencializaram um caminho e que, portanto, provocarão um porvir, nos instiga a questão: qual foi a implicação e percepção dos trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da Família na APS do município de Marília, no ano 2009, enquanto agentes protagonistas na efetivação do Pacto pela Saúde 2006, no nível local?

Cita-se Santos (2006), quando refere que:

as mudanças que o Pacto pela Saúde traz devem ser analisadas do ponto de vista da macropolítica e microgestão. As mudanças de modelos estarão atreladas aos rumos da macropolítica e da macroeconomia dominantes no país. E a microgestão estará atrelada aos microprocessos de trabalho e da micropolítica, relacionados à dinâmica da subjetividade e da humanização da relação entre as pessoas envolvidas (p. 34).

O mesmo autor considera que o espaço para acumulação de êxitos visíveis e consecução de mudanças significativas do SUS está localizado na micropolítica do trabalho em saúde. Neste espaço, todos os trabalhadores em suas práticas “portam sempre uma margem de liberdade, também são muito marcadas pelo conjunto de regras, normas, lugares, saberes, hierarquias, referências instituídas que configuram seus territórios existenciais e profissionais” (SANTOS, 2006).

Em outras palavras, se é na prática (a micropolítica do trabalho em saúde) que os trabalhadores se constituem como sujeitos que formulam, disputam seus projetos, “sujeitos estes que tomam muito mais suas corporações como referência para suas práticas do que aquilo que a organização ou um determinado projeto de governo define como suas diretrizes” (D’ASCENZI, 2006; CECÍLIO & MENDES, 2004 apud CECÍLIO, 2007), então, os trabalhadores de saúde são sujeitos protagonistas? Para abordar essa questão, recorreremos a uma síntese feita por Merhy (2002, p.14-5) em seu livro “Cartografia do trabalho vivo”:

De fato, somos e não somos sujeitos, ou melhor, somos sujeitos que sujeitam em certas situações, e somos sujeitos que se sujeitam em outras. Instituídos e instituintes. Parto do princípio que somos, em certas situações, a partir de certos recortes, sujeitos de saberes e das ações que nos permitem agir protagonizando processos novos como força de mudança

de mudanças. Mas, ao mesmo tempo, sob outros recortes e sentido, somos reprodutores de situações dadas. Ou melhor, mesmo protagonizando certas mudanças, muito conservamos.

Cecílio (2007, p. 348) refere que “não somos folhas em branco”, não somos portadores de qualquer neutralidade axiológica. Interrogamos a partir de determinados lugares, disputando, também, ‘nosso projeto’, que entendemos como justo e necessário.

Assim, entendemos que o Pacto pela Saúde é um acordo que pretende permitir o avanço na efetivação do direito à saúde. Entretanto, a simples pactuação, transformada posteriormente em termo de compromisso entre os gestores, não garante que as transformações efetivamente sejam feitas na maneira de produzir no cotidiano dos serviços de saúde.

Portanto, partiremos do pressuposto de que é necessário que cada um dos atores envolvidos neste sistema de saúde compreenda o seu papel nesta mudança, assumindo atitudes de coresponsabilidade neste processo. As mudanças propostas pelo Pacto pela Saúde dependem, na prática, também das contraturalidades desses trabalhadores de saúde implicados com o processo de produção da saúde; dessa forma, o trabalhador de saúde precisa se fazer envolver nas contraturalidades do Pacto pela Saúde, já que todos somos, de uma maneira ou de outra, atores do que ocorre na saúde.

1.3 Justificativa do Estudo

Com a finalidade de conhecer o que a literatura científica já produziu a respeito do objeto em estudo em relação à micropolítica do processo de trabalho dos trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da Família na APS, na perspectiva do Pacto pela Saúde e destacar a relevância do estudo, realizamos um levantamento bibliográfico em dezembro de 2009, considerando-se os trabalhos publicados a partir de 2006, devido à instituição do Pacto pela Saúde em 22 de fevereiro de 2006.

O levantamento bibliográfico foi realizado em bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que integra fontes de informações sobre literatura científica e técnica em saúde como Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Scientific Electronic Library Online (SciELO), e também na base de dados da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP (BDTD-USP), utilizando os descritores: Programa Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, a palavra: Micropolítica e as expressões: Pacto pela Saúde, Trabalho em Saúde.

Foram encontradas na fonte de informação LILACS: 13 publicações utilizando a palavra Micropolítica, 18 trabalhos com a expressão Pacto pela Saúde, 3339 publicações referentes à expressão Trabalho em Saúde, 650 e 723 trabalhos relacionados com os descritores PSF e APS; na

fonte SCIELO foram encontradas respectivamente 12, 08, 1918, 459, 227; na fonte de informação MEDLINE foram localizadas 589 produções bibliográficas somente para o descritor PSF. As produções localizadas na base de dados da BDTD-USP foram poucas, sendo encontradas apenas duas produções para Micropolítica e cinco para Pacto pela Saúde, dentre o período estabelecido para a busca, enquanto que para a busca realizada com Trabalho em Saúde, PSF e APS, o número de produções encontradas foi mais expressivo, com 1205, 144, 112 respectivamente (ressaltamos que nesta base de dados não foi possível refinar segundo o período estabelecido).

Descritores, palavra e expressões	Bases de dados				Total
	LILACS	MEDLINE	SCIELO	BDTD-USP	
Micropolítica	13	-	12	2	27
Pacto pela Saúde	18	-	08	5	31
Trabalho em Saúde	3339	-	1918	1205*	6462
Programa Saúde da Família	650	589	459	144*	1842
Atenção Primária à Saúde	723	-	227	112*	1062
Total	0	0	0	0	0

Nota: Foi utilizado o método por palavras na busca bibliográfica realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

* Os dados apresentados não foram refinados utilizando o período estabelecido entre 2006 a 2009.

Quadro 1- Número de trabalhos encontrados de acordo com os descritores, palavra e expressões, entre 2006 e 2009, nas bases de dados da BVS.

O quadro acima (Quadro 1), nos mostra uma quantidade relativamente pequena de publicação quando utilizada isoladamente a palavra Micropolítica ou a expressão Pacto pela Saúde, o que não aconteceu com os descritores APS, PSF e a expressão Trabalho em Saúde, onde o número de publicações encontradas foram maiores. Quando todos os descritores, palavra e expressões foram utilizados concomitantemente, nenhuma produção foi encontrada.

Vale ressaltar que, ao realizarmos o levantamento desconsiderando as repetições, o número de artigos encontrados referentes à expressão Pacto pela Saúde nas fontes LILACS e SCIELO somam apenas 18 artigos.

Apesar de não ter encontrado nenhum trabalho referente ao objeto em estudo neste levantamento bibliográfico, referente ao período determinado, fizemos uma leitura atenta dos resumos encontrados e selecionamos alguns trabalhos a partir das combinações entre os descritores, palavra e

expressões que estão apresentados no quadro a seguir, desconsiderando as repetições e sem determinarmos período.

Combinações entre descritores, palavra e expressões	Nº de trabalhos encontrados	Autor (s)	Título	Ano
Micropolítica e Pacto pela Saúde	0	-	-	-
Pacto pela Saúde e Trabalho em Saúde	4	Tofani, L. F. N.; Carpintéro, M. do C. C.; Bruno, V. R.	O pacto pela saúde e o fundo municipal de saúde de Várzea Paulista	2009
		Assis, E.; et al	Regionalização e novos rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional	2009
		Sodré, F.	Políticas globais de saúde: a constituição de novas lutas sociais no campo de saúde coletiva	2007
		Santos, N. R. dos.	Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos	2007
Trabalho em Saúde e Micropolítica	10*	Flores Peña, Y.; Almeida, M. C. P. de et al	The nursing work process in care for healthy children at a social security institution in Mexico	2006
		Aguiar, K. F. de; Rocha, M. .L. da.	Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise	2007
		Melo, E. A.	A sustentabilidade de iniciativas inovadoras na gestão do SUS a partir da experiência de Aracaju: entre o instituinte e o instituído	2008
		Franco, T. B.; Merhy, E. E.	Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva	2008
		Romagnoli, R. C.; Amorim, A. K. de M. A.; Dimenstein, M.	Por uma clínica da resistência: experimentações desinstitucionalizantes em tempos de biopolítica	2009
		Pimenta, A. L.; Livorato, F.	Educação permanente: ferramenta para qualificar os sistemas municipais de saúde	2009
		Cecilio, L. C. de O.	A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado.	2009
		Merhy, E. E.	Do protagonismo/liberdade à captura: um dilema permanente do agir e algumas de suas implicações para a prática da vigilância à saúde	1998

		Cecílio, L. C. de O.; Mendes, T. C.	Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam?	2004
		Malta, D. C.; Merhy, E. E.	A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos	2003
Micropolítica e Programa Saúde da Família	2	Vanderlei, M. I. G.; Almeida, M. C. P. de.	A concepção e prática dos gestores e gerentes da estratégia de saúde da família	2007
		Nespoli, G.	A micropolítica do programa saúde da família: um estudo de caso no território ilha das caieiras, Vitória-ES	2002
Atenção Primária à Saúde e Micropolítica	0	-	-	-
Atenção Primária à Saúde e Pacto pela Saúde	0	-	-	-
Programa Saúde da Família e Pacto pela Saúde	0	-	-	-

*Totalizaram 19 estudos encontrados com o cruzamento entre Trabalho em Saúde e Micropolítica.

Quadro 2- Trabalhos selecionados de acordo com as combinações entre os descritores, palavra e expressões nas bases de dados da BVS.

Diante dessa realidade de produção de conhecimento encontrada foi possível identificar a necessidade de se estudar uma política pública de saúde nos espaços da micropolítica dos serviços de saúde, principalmente na esfera da APS, para compreender a percepção e implicação dos atores envolvidos diretamente com a assistência à saúde e envolvê-los nas contratualizações do processo de trabalho.

Como coloca Machado (2009):

Trata-se de um assunto de grande relevância não somente para os gestores de saúde de todas as esferas, mas também para todos os profissionais e usuários do sistema público de saúde. Compreendendo, que quanto mais pessoas, principalmente profissionais de saúde, se apropriar-se desse compromisso assumido pelos CONASS e CONASEMS, quanto mais permeabilidade essa pactuação tiver, maiores serão as chances de se tornar uma política pública efetiva (p. 182).

Esperamos que este estudo possa contribuir na politização do direito à saúde em defesa do SUS, ao mesmo tempo, introduzir na política de saúde a voz e as aspirações dos trabalhadores do sistema.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender a micropolítica do processo de trabalho a partir da implicação e percepção dos trabalhadores de saúde vinculados à coordenação da Equipe de Saúde da Família, na forma de gestão colegiada: enfermeiro, médico e dentista das respectivas USF selecionadas e todo trabalhador de saúde vinculado à coordenação da Rede de Atenção Básica de um município do Estado de São Paulo na perspectiva do Pacto pela Saúde.

2.2 Objetivo específico

Compreender como os trabalhadores de saúde em seu cotidiano e com suas práticas concretas, apropriam-se do Pacto pela Saúde;

Identificar e analisar as suas percepções sobre o Pacto pela Saúde frente ao processo de trabalho, bem como as suas implicações em relação ao Pacto pela Saúde nas dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão.

3. MARCO TEÓRICO

“As grandes mudanças históricas, as macromudanças, são sempre resultados de pequenas micromudanças e que os grandes poderes que vigoram na sociedade são apenas formas resultantes de pequenas potências que se chocam e conectam em espaços microscópios de uma sociedade”.

Barembliitt (1996, p.45)

3.1 A micropolítica do processo de trabalho em saúde

Esta temática nos permite transitar da produção e cristalização da organização do trabalho em saúde os processos de mudança, que se caracterizam por novos espaços de ação e novos sujeitos coletivos, bases para direcionar o sentido do cuidado de saúde (MERHY, 1999).

Para tanto, valemo-nos da produção intelectual do sanitarista argentino Mario Testa, que trouxe grandes contribuições para a compreensão da dimensão micropolítica do trabalho ao analisar os sujeitos no setor saúde, caracterizando-os na literatura sociológica como atores sociais, partindo de duas categorias: atores individuais e atores coletivos, ou seja, uma única ou múltiplas pessoas.

“Um ator individual é um sujeito que tem interesses no setor saúde e que ocupa uma posição que o coloca em situação de peso dentro do mesmo” (TESTA, 1995a, p.49). Sobre essa categoria, coloca-se em questão a identidade entre indivíduo e ator social, sendo que ele entende que esta identidade ocorre a partir do momento que o indivíduo possui – ou é possuído por – uma ideologia. Ainda sobre esse assunto discute que:

A construção ideológica do sujeito é uma consequência da realização de seu trabalho abstrato, o que o caracteriza como um processo inconsciente, não apreendido e dependente das condições em que se desenvolve o processo de trabalho ou, em outros termos das relações sociais de produção. (TESTA, 1995a, p.49).

“O ator coletivo é um agrupamento de sujeitos sociais individuais transformados em ator social” (TESTA, 1995a, p.49). Os sujeitos coletivos podem ser grupos ou classes e que tanto um como o outro estão contidos por uma comunidade de interesses concretos gerados, em muitos casos, no trabalho concreto dos indivíduos agrupados. Assim, tanto nos atores individuais como nos atores coletivos, “o processo de trabalho aparece como um elemento fundamental – uma determinação – na constituição dos atores” (TESTA, 1995a, p.49). Relacionando as duas categorias, o autor afirma:

(...) a transformação de um sujeito individual em sujeito coletivo, grupo ou classe, vai depender dos interesses comuns do conjunto que estarão relacionados quase sempre, nos países capitalistas subdesenvolvidos dependentes, com as circunstâncias geradas nas condições específicas em que se realiza o processo de trabalho (o trabalho concreto). (TESTA, 1995a, p.49).

A consideração do autor sobre o trabalho como elemento fundamental para a constituição do sujeito individual ou coletivo em ator social abre caminho para, de alguma maneira, nos aproximarmos do referencial da micropolítica do processo de trabalho em saúde definido por Emerson Elias Merhy, sustentado pela categoria trabalho segundo a corrente marxista.

Merhy (1997, p. 81), adotando Marx, entende que o “trabalho não é compreendido somente em sua dimensão mais operativa enquanto uma atividade, mas como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção”. Desse modo, este mesmo autor, apropria-se de uma reflexão que cita:

O trabalho é um processo consciente por meio do qual o homem se apropria da natureza para transformar seus materiais em elementos úteis para sua vida. (...) No trabalho interagem, o homem e a natureza, e o homem “com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. (MARX, apud MALTA; MERHY, 2003, p. 61)

Nesse processo, há um movimento de produção e reprodução do homem enquanto ser essencialmente social e dinâmico, pois não vive, não trabalha e não se reproduz de outra forma, a não ser organizado em grupos de homens que vão se transformando de acordo com os contextos sociais no decorrer da história.

Referido de outra forma, o que importa no trabalho humano é a sua intencionalidade e a sua capacidade criativa, que o distinguem de outros animais. Em sua atividade de produção, o produto que o homem realizará, antes de ser construído concretamente, já foi construído mentalmente. Assim, o homem trabalha a partir de um “recorte interessado” do mundo, projetando-o nas atividades que comporão o processo de trabalho responsável pela produção (MERHY, 1997).

Encontramos, ainda, mencionado por Mendes-Gonçalves (1994), duas ideias que delimitam o trabalho humano e que são a “energia” e a “transformação” conjugadas em um único processo. Algo que havia antes se transforma em outro algo através da aplicação de energias.

O mesmo autor apresenta a definição de processo de trabalho como algo que se dá por meio de uma atividade orientada para uma finalidade, para um objeto e para seus instrumentos, sendo que o conhecimento é o principal dos instrumentos, pois orienta todo o processo. Corroborando esta definição, temos os elementos constitutivos do processo de trabalho: “a atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho e os meios de trabalho, o instrumental de trabalho” (MARX, apud MALTA; MERHY, 2003, p. 62).

No trabalho em saúde, os meios/instrumentos são representados pelos equipamentos como as máquinas, aparelhos, normas e estruturas organizacionais, pelos saberes estruturados (como epidemiologia, clínica, o saber administrativo, dentre outros), técnicas de ação (como medidas de profilaxia, planejamento, avaliação e controle), e toda a tecnologia disponível voltada para o atendimento

das necessidades em saúde. Dessa forma, o produto final ocorre em ato, é produzido em um encontro simultâneo entre o trabalhador, os instrumentos e o usuário, ou seja, produzido e consumido concomitantemente com a finalidade de produzir o cuidado em saúde individual ou coletivo na busca da cura e da saúde. Para produzir o cuidado em saúde, os trabalhadores da saúde operam com saberes tecnológicos, de expressão material e não-material (MERHY, 1997, 2002).

Para melhor compreendermos a especificidade do trabalho em saúde, nos valem de dois conceitos importantes tratados por Merhy: “trabalho vivo”, que se refere ao trabalho em ato; “trabalho morto”, que se refere a todos os produtos-meios (ferramentas, matérias-primas, que são resultados de um trabalho humano anterior e que o homem os utiliza para realizar um dado trabalho).

O profissional da saúde produz trabalho vivo em seu exercício profissional, ou seja, o resultado de seu trabalho é consumido durante a sua produção, apropriando-se dos instrumentos para a produção do trabalho e sendo o produto e o produtor desse trabalho.

Nesse sentido, Merhy (1997, 2002) reitera o referencial da micropolítica do trabalho vivo em ato, que nos permite duvidar, analisar e revelar os sentidos e a direcionalidade (intencionalidade) do processo de trabalho em saúde e seus modos de operar cotidianamente seus processos produtivos. Esse movimento é fundamental nas dobras da gestão dos estabelecimentos de saúde e de seus resultados como o lugar onde se governam os processos institucionais, pois é o espaço da formulação e decisão de políticas. São também o lugar onde se pode imprimir direcionalidade aos atos produtivos ao governar processos de trabalho.

Na micropolítica, o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, passível de ser analisado por seu sentido e a maneira como está sendo gerido, possibilitando ao trabalhador a criação de novos processos de trabalho, interrogando os velhos processos cristalizados.

Quando o “trabalho vivo” é capturado de forma que o homem não consegue exercer nenhuma ação de forma autônoma, ele se torna “trabalho morto”. Isto ocorre, por exemplo, numa linha de montagem, onde o capitalismo controla o autogoverno do trabalhador de tal maneira, que estrutura o trabalho, definindo previamente todas as características do produto final. Assim, o trabalho vivo é capturado e domesticado. Dessa forma, o modo como as “cabeças estão sendo fabricadas” também opera na micropolítica do processo de trabalho vivo como formas instituintes de processos de resistência às mudanças, como vemos cotidianamente nos serviços de saúde; ou não, quando estamos diante de processos inovadores em termos de agenciamentos como os casos de movimentos contestadores e anti-hegemônicos. Entretanto, qualquer possibilidade de mexer em processos de trabalho encontra, como um de seus desafios, mexer com as cabeças e interesses, e suas formas de representação como forças que atuam molecularmente no interior dos processos micropolíticos (MERHY, 1997, p. 96-97).

Sobre a relação da micropolítica do processo de trabalho e os trabalhadores de saúde, na perspectiva da gestão colegiada, Campos (1997) nos lembra que o desafio para assegurar a qualidade em saúde estaria na adequada combinação de autonomia profissional com certo grau de responsabilidade para os trabalhadores, assim como o estabelecimento de um pacto em torno de um projeto coletivo. Não haveria uma combinação já formulada, mas deveríamos buscar, em cada contexto, arranjos singulares articulados ao projeto político assistencial em curso.

O autor aposta na reordenação da distribuição de macro e micropoderes, ou seja, na criação de sistemas de gestão que permitam combinação de diretrizes consideradas antagônicas, como a centralização e descentralização; autonomia da base e responsabilidade com objetivos gerais da instituição; planejamento de metas e flutuações de demanda. Esse processo, porém, exigiria uma flexibilidade doutrinária e operativa, um grau de democracia, de distribuição de poder que não faz parte da nossa cultura (CAMPOS, 1994).

Nesse sentido, Campos (1994) afirma que é possível revolucionar o cotidiano partindo do pressuposto de que os mecanismos de dominação/exploração, os micropoderes, podem ser questionados durante a organização ordinária e comum da vida das instituições sem que se tenha alterado o esquema mais geral de dominação no nível do Estado, da sociedade política ou do mundo da produção. Ou seja, a instituição de novas relações dependeria de sujeitos capazes de gerir seu cotidiano considerando potencialidades e limites para a mudança, em um contexto de determinações histórico-estruturais.

O autor completa, apostando:

(...) que o viver cotidiano não precisa ser aquele da repetição, da renúncia à autonomia e ao desejo; (...) que o trabalho pode ser um espaço para a realização profissional, para o exercício da criatividade, um lugar onde sentir-se útil contribua para despertar o seu sentido de pertinência à coletividade, transcendendo o papel tradicional do trabalho que é o de, quando muito, assegurar a sobrevivência e um determinado nível de consumo. Uma via para transcender a alienação social. Uma possibilidade em aberto. (CAMPOS, 1994, p. 67).

Neste mesmo sentido, Barembliitt (1996) enxerga como importante a ampliação de espaços democráticos de discussão e de decisões coletivas. Assim, “investe-se na ‘criação do sujeito coletivo’, que representa uma força impulsionadora que critica as forças paralisantes da instituição, (...) desencadeando um intenso movimento de forças criativas, mobilizando energias e propostas inovadoras” (BAREMBLIITT, 1996, p. 27).

Dessa forma, o trabalhador que se “constitui neste emaranhado põe em ação seus desejos compondo essa micropolítica, afetando e sendo afetados na dinâmica do trabalho em saúde, nos encontros com outros trabalhadores e com os usuários, seus familiares e seu modo de vida.” (MATUMOTO, 2003, p. 44).

Trazer estes autores e a temática da micropolítica do processo de trabalho em saúde tem a intencionalidade de dizer da motivação, responsabilidade e compromisso desta investigação e seus investigadores em nortear as análises das entrevistas com os trabalhadores de saúde em seus cotidianos e com suas práticas concretas frente ao pacto pela Saúde no nível local/municipal.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1 Caracterização do Estudo

O presente estudo configura-se como uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva com abordagem qualitativa. Por meio desta abordagem, buscaremos responder qual é a implicação e percepção dos trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da Família na APS do município de Marília no ano 2009, enquanto agentes protagonistas na efetivação do Pacto pela Saúde 2006, no nível local.

De acordo com Minayo (2003, p.17), a pesquisa é a “atividade básica da Ciência em sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma atividade teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação”.

A mesma autora fundamenta que a abordagem qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos” que podem ser apreendidos através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum das pessoas que vivenciam determinada situação Minayo (2003, p. 21).

Outros autores, como Victora, Knauth e Hassen (2000), afirmam que esta abordagem é capaz de propiciar um conhecimento aprofundado de um evento, possibilitando explicações de comportamento, o que a torna útil para quem busca entender a realidade onde alguns fenômenos ocorrem, permitindo a observação de vários elementos simultaneamente em um pequeno grupo.

A pesquisa exploratória, segundo Triviños (1987), permite que o investigador aumente sua experiência em torno de um determinado problema. Ele parte de um problema e se aprofunda nessa realidade, buscando conhecimentos para desenvolver uma pesquisa descritiva ou experimental.

4.2 Local do Estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Marília, situado no Centro Oeste Paulista, a uma distância 376 km, em linha reta, da Capital do Estado. Apresenta uma taxa de urbanização de 93,4%. Sua área é de 1.194 Km², sendo 76 Km² de área urbana (MARÍLIA, 2008). A população estimada para o município em 2009 era de 225.938 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009).

Marília é considerada polo nacional na área Alimentícia devido ao grande número de indústrias, voltadas à produção de massas, balas, doces e biscoitos, participando de aproximadamente 12% da produção nacional do gênero.

Em relação ao setor saúde, o município de Marília é sede da Diretoria Regional de Saúde (DRS-IX) da Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.

Quanto à gestão do sistema municipal de saúde, o município de Marília vem seguindo as diretrizes definidas nas Normas Operacionais Básicas (NOB-SUS) e Normas de Assistência a Saúde (NOAS-SUS), desde sua habilitação em junho de 1998 à forma de Gestão Plena do Sistema de Saúde, segundo a NOB 01/96, permanecendo nesta mesma categoria de habilitação de gestão segundo a NOAS/2002. Mantém convênios de parceria na assistência à saúde com cinco Entidades Filantrópicas desde 1999 (hospitais e ambulatórios), favorecendo a articulação com a atenção secundária e terciária, permitindo garantir um sistema de referência mais resolutivo para toda a rede de atenção básica (MARÍLIA, 2008).

No segundo semestre de 2007, o município de Marília assinou o Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde em substituição ao processo de habilitação anterior.

Para o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da política municipal de saúde, Marília conta com o Conselho Municipal de Saúde de Marília (COMUS), órgão colegiado máximo, de caráter deliberativo, normativo, fiscalizador e executivo.

A escolha deste município como local para o desenvolvimento do estudo deve-se à característica da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), desde 2002, de empreender esforços no sentido de reestruturação/fortalecimento da APS, tomando como referência o modelo da Estratégia Saúde da Família para organização do Sistema de Saúde, e que, no momento atual, condiz com o proposto pelo Pacto pela Saúde. Visto também que, no ano de 2003, aderiu ao Projeto Municipal de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF).

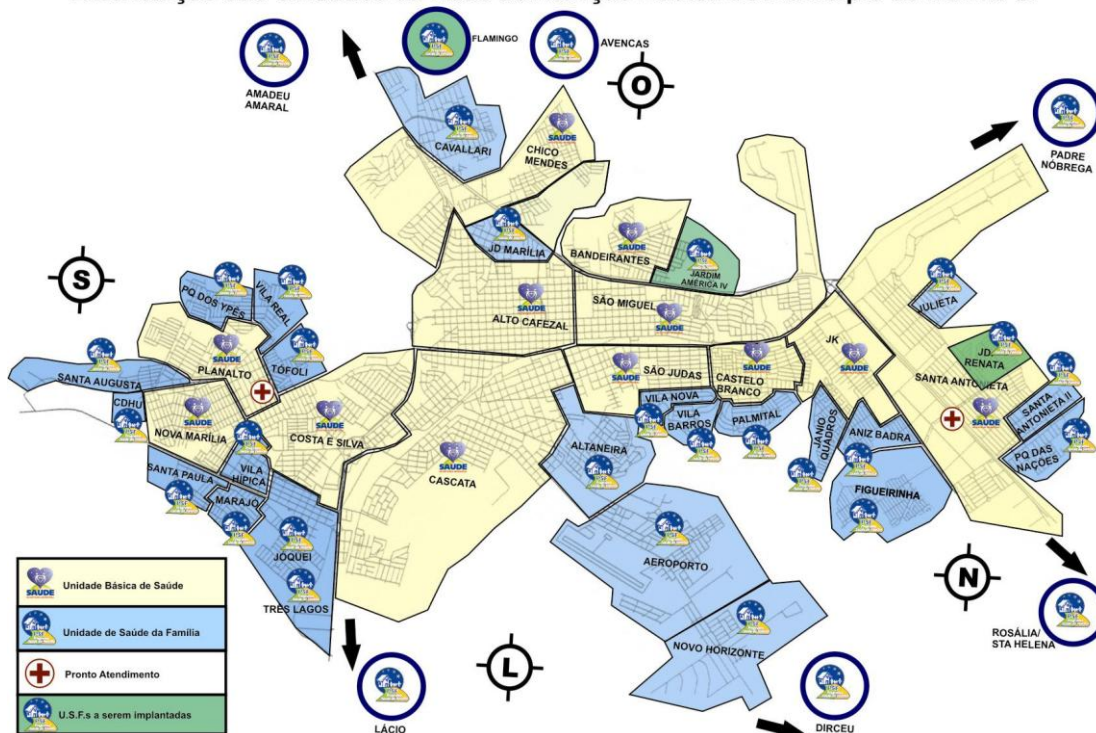
Assim, para a SMS, as USF, bem como as UBS, constituem, para sua área de abrangência, porta de entrada do Sistema Municipal de Saúde. Estabelecido que cada USF/UBS é responsável pelos riscos e agravos à saúde que ocorram em sua área, devendo ser capaz de identificar os problemas de saúde mais relevantes, assim como planejar e executar as ações para o seu enfrentamento. Deve-se, ainda, articular com os equipamentos sociais, tais como: escolas, creches, asilos, sociedades de amigos de bairro, grêmios recreativos, ambientes de trabalho, dentre outros, que estejam localizados em sua área de abrangência (MARÍLIA, 2008).

Ao final de 2008, a composição da Rede de Atenção Básica estava organizada pelas seguintes unidades de saúde e Serviços de Apoio Municipal:

- 29 Unidades de Saúde da Família (USF),
- 12 Unidades Básicas de Saúde com Programa de Agentes Comunitários de Saúde (UBS/PACS);
- 02 Serviços de Pronto Atendimento, sendo 1 (um) 24 horas;
- 01 Policlínica de especialidades;
- 01 Banco de Leite Humano;
- 01 Equipe do Programa Interdisciplinar de Internação Domiciliar (PROIID);
- 01 Unidade de Prevenção e Educação em Saúde (UPES);
- 01 Núcleo de Vigilância à Saúde – Centro de Vigilância de Moléstias Infecciosas (DST/AIDS);
- 01 Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS II);
- 01 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST);
- 01 Centro de Atendimento a Obesidade Infantil de Marília (CAOIM);
- 01 Centro de Especialidades Odontológicas (CEO);
- 01 Serviço de Assistência Social – Serviço Social em Saúde;
- 01 Núcleo de Educação Permanente (NEPEM);
- 01 Unidade Central de Assistência Farmacêutica (UCAF);
- 01 Unidade Municipal de Fisioterapia;
- 01 Farmácia de Manipulação – Fito-Saúde;
- 01 Farmácia Popular do Brasil;
- 01 Unidade Central de Esterilização de Materiais (UCEM);
- 01 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) – 192;
- 01 Central de Transporte Social (MARÍLIA, 2007, p.11)

As 29 USF e 12 UBS estão distribuídas em quatro regiões, com um coordenador para cada região. Distribuídas da seguinte forma: região Norte com 11 USF e 04 UBS; região Sul com 11 USF e 03 UBS; região Leste com 03 USF e 01 UBS e região Oeste: 04 USF e 04 UBS.

Distribuição das Unidades da Rede de Atenção Básica do município de Marília-SP



Fonte: Coordenação da Atenção Básica (NIEC), SMS/2008

Figura 1 – Distribuição das Unidades da Rede de Atenção Básica do município de Marília- SP, 2008.

4.3 Cenário do estudo

As USF foram implantadas no município de Marília prioritariamente em áreas de expansão populacional e/ou em áreas de risco, e sua expansão está condicionada a esta lógica (MARÍLIA, 2008).

O mapeamento destas áreas de risco foi realizado em 1996 pela Secretaria do Bem-Estar Social de Marília e, a partir de então, vem sendo monitorada a sua expansão ou o aparecimento de novas áreas através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS/PSF) que cobrem 76,69% da população local (famílias cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB). Este mapeamento tem por objetivo nortear, através do princípio da equidade, o poder público na instalação de seus equipamentos sociais, tais como: Escolas, Unidades de Saúde, Casa do Pequeno Cidadão, dentre outros (MARÍLIA, 2008).

Tabela 1 - Mapeamento das áreas de risco do município de Marília-SP

Área	Nº de Habitantes
Argolo Ferrão*	689
Distrito de Padre Nóbrega	41
Higienópolis	08
Homero Zaninoto	81
Jardim América	---
Jardim Bandeirantes	65
Jardim Eldorado*	382
Jardim Marajó	340
Jardim Nacional	305
Jardim Poliana	27
Jardim Tóffoli	1.038
Jardim Universitário	146
Parque das Nações	422
Parque das Vivendas	215
Santa Antonieta	270
Santa Paula	181
Vila Barros	1.666
Vila Betel	---
Vila Real	97
Total	5.973

Fonte: Secretaria do Bem-Estar Social de Marília (1996 apud Relatório de gestão 2008).

* Vale informar que na área Argolo Ferrão e Jardim Eldorado não possuíam USF, sendo a Atenção Básica municipal realizada por UBS.

A equipe de Saúde da Família de uma USF é composta por um enfermeiro, um médico, um dentista, três auxiliares de enfermagem, cinco a seis agentes comunitários de saúde, um auxiliar de consultório dentário, um auxiliar de serviços gerais e um auxiliar de escrita.

A coordenação da equipe de Saúde da Família de cada USF é realizada na forma de gestão colegiada pelo enfermeiro, pelo médico e pelo dentista, todos integrantes da equipe.

O horário de funcionamento das USF é das 7 às 17h diariamente, de segunda à sexta-feira, sendo que cada equipe de Saúde da Família realiza um atendimento noturno, das 18 às 21 horas, semanalmente ou quinzenalmente.

Para escolher as USF que constituíram nosso cenário de estudo, tomamos como parâmetro o mapeamento das áreas de risco (Tabela 1), descrito no relatório de gestão (2008, p. 7), a partir do qual foram estabelecidos critérios para esta investigação. Assim, foram selecionadas dez USF.

4.3.1 Critérios de Inclusão das USF

Partindo do exposto consideramos os seguintes critérios de inclusão:

- Estar alocada nas áreas de risco com número de habitantes maior que 100, citadas na Tabela 1;
- Ter mais de um ano de implantação.

USF		Tempo de instalação da USF	Áreas de risco – número de habitantes
REGIÃO NORTE			
1	Parque das Nações	11/1998	Parque das Nações – 422 habitantes
2	Santa Antonieta II	09/2003	Santa Antonieta – 270 habitantes
3	Julieta	03/2003	
4	Vila Nova	09/2003	Vila Barros – 1.666 habitantes
5	Vila Barros	03/2003	
REGIÃO SUL			
6	Santa Paula	09/2003	Santa Paula – 181 habitantes
7	Jardim Marajó	09/2003	Jardim Marajó – 340 habitantes
8	Toffoli	09/2003	Jardim Tóffoli – 1.038 habitantes
9	Santa Augusta	09/2003	Jardim Nacional – 305 habitantes
REGIÃO OESTE			
10	Jardim Cavalari	12/1999	Jardim Universitário – 146 habitantes Parque das Vivendas – 215 habitantes

Quadro 2. Apresentação das Unidades Saúde da Família (USF) que constituíram o cenário de estudo – USF por região municipal, tempo de implantação e alocação segundo o mapeamento das áreas de risco (com número de habitantes maior que 100) do município de Marília (SP) (1996 apud MARÍLIA, 2008).

4.4 Sujeitos do Estudo

Os sujeitos desta pesquisa foram tomados a partir do conjunto dos trabalhadores de saúde da Estratégia Saúde da Família das dez USF selecionadas, seguindo os critérios de inclusão, exclusão e eliminação estabelecidos para a investigação.

Consideramos estes critérios importantes, pois concordamos com Minayo (2003) quando afirma que o relevante para pesquisa qualitativa é que o grupo selecionado realmente esteja vivenciando a situação em estudo, pois o grupo é imprescindível para oferecer informações-chave.

4.4.1 Critérios de Inclusão dos Sujeitos do Estudo

- Trabalhadores de saúde vinculados à coordenação da Rede de Atenção Básica municipal responsável pelas USF selecionadas;

- Trabalhadores de saúde vinculados à coordenação da equipe Saúde Família, na forma da gestão colegiada: médico, dentista, enfermeiro das USF selecionadas.

4.4.2 Critérios de Exclusão dos Sujeitos do Estudo

- Atuar há menos de dois anos na Rede de Atenção Básica municipal, tanto para trabalhadores de saúde vinculados à coordenação da Rede de Atenção Básica municipal como para os trabalhadores vinculados à coordenação da equipe Saúde Família na forma da gestão colegiada: médico, dentista, enfermeiro;

- Atuar há menos de um ano na USF selecionada, no caso dos trabalhadores de saúde vinculados à coordenação da equipe de Saúde da Família;

- Atuar há menos de um ano no atual cargo de coordenador da Rede de Atenção Básica municipal.

4.4.3 Critérios de Eliminação dos Sujeitos do Estudo

- Trabalhador de saúde que não aceitasse participar da pesquisa ou não assinasse o termo de consentimento livre e esclarecido;
- Impossibilidade de participar da entrevista durante o período em que foram realizadas;
- Sujeitos que, durante o percurso da pesquisa, solicitaram seu desligamento da mesma.

Assim, o universo dos sujeitos do estudo constituiu-se de 33 trabalhadores de saúde, sendo 3 coordenadores da Rede de Atenção Básica municipal e 30 coordenadores da equipe de Saúde da Família (enfermeiro, médico, dentista).

Desse montante, 20 trabalhadores de saúde atenderam aos critérios estabelecidos para esta investigação e 13 sujeitos envolvidos não participaram da pesquisa, pois 7 entraram nos critérios de exclusão (atuavam há menos de um ano na USF selecionada e/ou há menos de dois anos na rede municipal da Atenção Básica), 6 entraram no critério de eliminação, sendo 1 por motivo de recusa e 5 por impossibilidade de participar da entrevista durante o período em que foram realizadas (por motivos como: férias, licença à saúde, compensação de horas trabalhadas, atestado médico).

Os sujeitos que fizeram parte do estudo foram identificados por letras e números de forma a garantir o sigilo de sua identidade e preservar o anonimato. A letra correspondia à formação do trabalhador de saúde referente aos vinculados à coordenação da Equipe Saúde da Família (M para médicos, E para enfermeiros, D para dentistas), exceto para os coordenadores da Rede de Atenção Básica municipal, que foram identificados pela letra C; o número foi atribuído de forma aleatória para todos os participantes (C1 a C3; D1 a D5; E1 a E7; M1 a M5).

4.5 Procedimentos para Coleta de Dados

Inicialmente, submetemos o projeto de pesquisa ao Conselho Municipal de Avaliação em Pesquisa (COMAP) da Secretaria Municipal de Saúde do Município, solicitando autorização para o desenvolvimento do estudo. Concomitantemente, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (USP), e foi aprovado sob o protocolo: nº 1101/2009 (ANEXO I).

A autorização para o desenvolvimento da pesquisa e a coleta de dados ocorreu no mês de dezembro de 2009. As equipes das USF selecionadas foram informadas sobre a pesquisa e o campo de pesquisa por meio de comunicado interno da SMS (ANEXO II).

Foram realizadas visitas às dez USF e SMS para convidar os trabalhadores de saúde responsáveis pela coordenação da equipe da Saúde da Família e os trabalhadores de saúde responsáveis pela coordenação da Rede de Atenção Básica a participarem (APÊNDICE A) e agendarem um momento para a coleta de dados conforme a disponibilidade de cada um e dentro do período estabelecido para a coleta de dados; era necessário, também, que aos critérios estabelecidos para o estudo fossem atendidos.

Assim, foi iniciada a coleta de dados nos turnos da manhã, tarde e noite, visando a facilitar a participação dos sujeitos, utilizando como instrumento a entrevista semiestruturada.

Para Minayo (2003), a entrevista semiestrutura combina questões fechadas (ou estruturadas) e abertas formuladas previamente, nas quais o entrevistado discorre livremente sobre o tema proposto sem resposta ou condição prefixada pelo investigador.

Segundo Triviños (1987), a entrevista semiestruturada geralmente está apoiada em teorias, hipóteses que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que surgem à medida que são constituídas as respostas dos informantes-chave. Este tipo de entrevista valoriza a presença do investigador e oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias para enriquecer a discussão.

As entrevistas foram realizadas e gravadas em arquivos digitais pela própria pesquisadora, após anuência do entrevistado pelo termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B), sendo guiadas por um roteiro (Apêndice C) e posteriormente transcritas literalmente, preservando-se a fidedignidade das informações.

Segundo Minayo (2003), a entrevista gravada é um procedimento metodológico que possibilita profundidade do diálogo entre o entrevistado e o participante.

4.6 Pré-teste

Antes da realização das entrevistas com os trabalhadores de saúde, sujeitos dessa investigação, realizou-se um pré-teste em indivíduos com características semelhantes que não fizeram parte do estudo definitivo, o que permitiu verificar, na prática, a forma de utilização da entrevista, a possível flexibilização de perguntas respondidas antecipadamente pelo entrevistado e/ou a necessidade de detalhar perguntas para facilitar o entendimento, de modo a viabilizar uma melhor

interação entre entrevistador e entrevistado. Ressaltamos que foi garantido aos participantes do pré-teste o mesmo tratamento ético que utilizamos com os participantes efetivos da pesquisa.

4.7 Análise dos dados

Consideramos como o primeiro momento em que já apareciam temas passíveis de ser analisados o contato durante as entrevistas com os trabalhadores de saúde de Marília, que remetia a uma primeira aproximação com a análise dos dados, por emergir sentimentos de contribuição, valorização, apreensão, e até mesmo curiosidade com o tema da pesquisa: a micropolítica do processo de trabalho em saúde, mesclado entre pesquisado e pesquisador, desencadeando uma inevitável prosa antes e depois da realização das entrevistas, no sentido de um *feedback*, mesmo não havendo o delineamento para o momento da leitura das falas dos entrevistados.

Outro momento foi a utilização propriamente dita da Análise de Conteúdo de Bardin (1995b), na modalidade temática.

Bardin (1995b, p.42) compreende a análise de conteúdo como:

[um] conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (valoráveis inferidas) destas mensagens.

O conceito central dessa técnica, na modalidade temática, é o tema. Pode ser apresentado através de uma palavra, uma frase ou resumo. “O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” (BARDIN, 1995b, p.105). Utilizar a modalidade temática “consiste em descobrir os ‘núcleos de sentidos’ que compõem a comunicação e cuja presença, ou frequência de aparição pode significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido” (BARDIN, 1995b, p.105).

Essa mesma autora nos aponta as diferentes fases para a organização da análise de conteúdo, que costuma se apresentar em torno de três polos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados/inferência/interpretação.

A pré-análise consiste na fase de organização propriamente dita. Tem por objetivo sistematizar as ideias iniciais de maneira a elaborar um esquema preciso de desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise. Nessa fase, existem três missões: a escolha dos documentos a

serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final.

A exploração do material é considerada uma fase longa, representada por operações de codificação, ou seja, quando os dados coletados, depois de transcritos, serão recortados e agrupados de forma que permitam uma representação do conteúdo.

Na última fase da análise do conteúdo, os resultados são tratados de maneira a serem significativos (falantes) e válidos, de forma a atingir a interpretação dos significados das frases, palavras e do conjunto das entrevistas em relação ao objetivo e ao referencial teórico.

Apresentamos aqui os aspectos de análises encontrados na leitura dos significados das falas dos sujeitos entrevistados seguindo a lógica da análise temática frente aos objetivos e o referencial teórico desta pesquisa, ou seja:

- Apresentando os trabalhadores de saúde: atores que protagonizam o Pacto pela Saúde;
- Possibilidade de aproximação para os trabalhadores de saúde com o Pacto pela Saúde;
- O reflexo dos elementos do Pacto pela Saúde no processo de trabalho: a percepção dos trabalhadores de saúde;
- A contribuição da prática na perspectiva do Pacto pela Saúde: o sentir-se parte da “obra”.

5. APRESENTANDO OS TRABALHADORES DE SAÚDE: ATORES QUE PROTAGONIZAM O PACTO PELA SAÚDE

Com o intuito de conhecermos quem são, como e de onde falam, apresentaremos os trabalhadores de saúde, atores sociais que protagonizam, em suas práticas cotidianas, o Pacto pela Saúde, processo este que é histórico-situacional, resultante de uma formação social e ideológica e, portanto, contraditório, transitório e sujeito a múltiplas compreensões.

O quadro contendo o perfil e a identificação individual dos sujeitos foi omitido nesta investigação, para preservar o seu anonimato. Assim, apresentaremos os dados relativos a sexo, idade, tempo de trabalho na Rede de Atenção Básica de Saúde Municipal, tempo no atual cargo ou USF, formação, tempo de formação, pós-graduação e pós-graduação na Estratégia Saúde da Família, de forma não individualizada.

Como exposto anteriormente, 20 trabalhadores de saúde atenderam aos critérios estabelecidos para esta investigação. Deste, três eram responsáveis pela coordenação da Rede de Atenção Básica e 17 pela coordenação das USF.

Do total foram obtidos 17 (85%) do sexo feminino e apenas 3 (15%) do sexo masculino, sendo um dentista e dois médicos.

A faixa etária dos trabalhadores de saúde variou entre 28 e 52 anos, com média de idade de 35,5 anos, sendo que 9 (45%) deles tinham entre 28 e 32 anos, 6 (30%) entre 33 e 37 anos, 2 (10%) entre 38 e 42, 1 (5%) entre 43 e 47 anos e 2 (10%) de 48 a 52 anos. Esse perfil etário se assemelha ao encontrado por Mishima (2003), que caracterizou os trabalhadores de saúde entrevistados em três equipes de saúde da Família do município de Ribeirão Preto (SP). A autora refere que essa composição aponta para uma equipe “mais madura”, ou seja, é um grupo de trabalhadores que já teve a oportunidade de ter outras experiências de vida e de trabalho, acumulando bagagem profissional e pessoal, o que pode lhes proporcionar ferramentas “diferenciadas” para o trabalho na Saúde da Família (MISHIMA, 2003).

No que se refere ao tempo de trabalho na Rede de Atenção Básica Municipal, encontramos trabalhadores de saúde com 2 a 11 anos de inserção, correspondendo a uma média em torno de 6,2 anos. Foi semelhante no tempo de trabalho na atual USF, onde os trabalhadores de saúde responsáveis pela coordenação da equipe da Saúde da Família apresentaram de 1 a 10 anos, média de 4,2 anos aproximadamente, e diferente para o tempo de trabalho no atual cargo para os trabalhadores de saúde responsáveis pela coordenação da Rede de Atenção Básica Municipal, que foi de 2 a 4 anos.

A diferença de tempo entre trabalho na Rede de Atenção Básica e tempo de trabalho na atual USF para 9 (52,9%) trabalhadores de saúde vinculados à coordenação da equipe da Saúde da Família, se deve à mudança de USF e/ou trabalho desenvolvido como substituto nas USF, antes de assumirem a atual USF. O município realiza a contratação de “substituto” nas categorias dentista, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem para trabalharem na Rede de Atenção Básica substituindo as férias, licença à saúde e licença maternidade, ou para contribuir de acordo com a necessidade de cada unidade.

Quanto à formação dos participantes, encontramos 3 categorias profissionais: 5 (25%) médicos, 9 (45%) enfermeiros e 6 (30%) odontólogos com tempo de formação entre 5 e 27 anos e média de 11,35 anos. Em relação à coordenação da Rede de Atenção Básica Municipal estavam presentes as categorias enfermeiro e odontólogo e, para a coordenação das equipes SF, o médico, enfermeiro e o odontólogo.

Já era esperada a presença das categorias profissionais médico e enfermeiro na coordenação da equipe SF, tendo em vista que tais categorias são previstas na equipe mínima para Estratégia Saúde da Família segundo a portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006 (BRASIL, 2006). Quanto à presença do odontólogo em todas as equipes das USF selecionadas, entendemos que isso reforça o compromisso da SMS de Marília para com a Atenção Básica ao implementar a portaria GM/MS nº 267, de 7 março de 2001, sobre a Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica, em todas as USF do município (BRASIL, 2001).

É recente a inserção de outras categorias profissionais na Estratégia de Saúde da Família pela portaria GM/MS nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, que prevê a criação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por profissionais de diferentes áreas do conhecimento para atuarem em conjunto com os profissionais das ESF. Esta política iniciou-se no município em meados de 2009 e, por ser tão recente, não esperávamos outras categorias profissionais na coordenação das USF (BRASIL, 2008a).

Em relação à pós-graduação, dentre 20 trabalhadores de saúde entrevistados, 15 (75%) apresentaram curso de pós-graduação concluída, sendo 12 (60%) na área específica da Estratégia Saúde da Família e entre estes, 2 estavam com nova pós-graduação em andamento (16,6%). Dos 5 (25%) trabalhadores que não possuíam curso de pós-graduação concluída no momento da entrevista, 1 (5%) apresentava pós-graduação em andamento, mas não na área específica da Estratégia Saúde Família.

Na modalidade *Sensu Strictu*, encontramos 1 concluído, 1 em andamento.

6. POSSIBILIDADE DE APROXIMAÇÃO PARA OS TRABALHADORES DE SAÚDE COM O PACTO PELA SAÚDE

Por entendermos que as mudanças propostas pelo próprio Pacto pela Saúde precisam fazer sentido para quem o efetiva nos espaços mais micropolíticos, aqui consideramos os trabalhadores de saúde vinculados à coordenação da Equipe de Saúde da Família e à coordenação da Rede de Atenção Básica de um município do Estado de São Paulo, os quais são “instituidores de necessidades singulares que atravessam o modelo instituído no jogo do trabalho vivo ou morto ao qual estão inseridos” (MERHY, 2004, p.125). Concordamos com o autor quando coloca: [...] um dos pontos nevrálgicos dos sistemas de saúde localiza-se na micropolítica dos processos de trabalho, no terreno da conformação tecnológica da produção dos atos de saúde, nos tipos de profissionais que os praticam, nos saberes que incorporam e o modo como representam o processo saúde doença. (MERHY, 2004, p.120).

Campos (1994) enfatiza a necessidade de análise e intervenção sobre o mundo cotidiano dos serviços de saúde, onde sujeitos concretos podem encontrar as possibilidades de construção de sua autonomia a partir da experimentação de novas relações sociais e de trabalho. Outros autores também reconhecem que há um processo de deslocamento do interesse da área dos problemas macro para os microsociais, passando a ênfase para abordagens mais processuais das organizações, destacando-se a problemática do sujeito, das interações entre os indivíduos (SCHRAIBER et al., 1999).

Um aspecto que nos chamou a atenção ao analisarmos o conjunto das falas dos entrevistados foi o quanto uma política nacional pode ser percebida no cotidiano de trabalho pelos trabalhadores de saúde vinculados à coordenação da Equipe de Saúde da Família e vinculado à coordenação da Rede de Atenção Básica, resultando em processos de mudanças.

Dessa forma, a princípio, trouxemos para a análise o conteúdo das falas dos trabalhadores de saúde, que engloba a possibilidade de aproximação com o Pacto pela Saúde em suas percepções.

Analisando o conteúdo das falas, percebemos na maioria delas aproximações genéricas e superficiais relativas à abordagem direta do Pacto pela Saúde:

“Sobre o pacto da saúde? Então, eu não tenho muita informação sobre isso né, eu ouvi falar muito vagamente, eu não consigo falar sobre isso”. (D3)

“Não vou ter muita coisa a dizer porque eu acho que estou um pouco distante disso e ainda não tenho informação suficiente. (...) talvez pela rotina mesmo, pela rotina de trabalho e por falta de informação mesmo”. (M1)

“(...) eu tenho uma noção muito sucinta, às vezes, eu não tenho nada que me aprofunde dentro disso se me perguntar os tipos de pactos e como que é eu não sei dizer claramente”. (E5)

Vimos que uma aproximação geral com o Pacto é trazida, em algumas falas, quando são mencionadas reuniões com a gestão, como constatamos nas falas E5, D2, E2, reveladas a seguir. No entanto, a fala do entrevistado M4 apresenta o conteúdo oposto quando se trata da comunicação da gestão para o conhecimento sobre o Pacto pela Saúde.

“Teve uma... uma reunião na secretaria que é quando começou esse... quando mudou a questão né, é a única reunião foi essa né, então assim, foi passado em slides, tópicos, o que seria mais ou menos cada tipo de pacto bem resumidamente e essa é a base que a gente tem”. (E5)

“Então, eu já ouvi falar do pacto pela saúde já, a gente já participou de algumas reuniões com a secretaria, foi mencionado isso né, é o que as metas que o município entra em acordo pra... assinou esse pacto pela saúde, as metas que o município precisava atingir, mas eu não sei te dizer exatamente o que é esse pacto pela saúde, eu não tenho esse conhecimento detalhado do que é isso, foi pinceladas assim em algumas reuniões”. (D2)

“Então, assim, tive o prazer de ter uma palestra do Ministro da Saúde uns dois anos atrás que ele falava sobre o pacto da saúde e nós recebemos um encarte e a gente pôde discutir um pouquinho isso aqui na nossa realidade”. (E2)

“Olha, (...) não do que eu me lembre, assim... a gente nunca foi convidado para discutir o pacto pela saúde, a gente até sabe que existe, mas sinceramente, olha, eu não sei te dizer o que seria em si (...) porque a gente nunca sentou para discutir o pacto (...)”. (M4)

Vale citar que, em uma das falas, encontramos resistência ao Pacto pela Saúde, com uma percepção fortemente negativa a respeito do Pacto e da gestão em geral.

“Pra te falar a verdade eu não sei o que é pacto pela saúde, para ser sincero, constantemente o que eu noto, assim, eu fui em uma ou duas reuniões onde as pessoas começaram a falar em pacto em roda, em não sei o que (...) por ser médico e a gente estar correndo muito atrás das coisas, o tempo da gente é exíguo, sempre quem eu noto que entra mais nesse tipo de questão e a parte de enfermagem que sabe os pactos (...) o indicador, o marcador, na realidade a gente acha isso (...), se você quer saber, inclusive eu pessoalmente, então eu vou te falar pra você o pacto pela saúde o que visa o pacto pela saúde na região de Marília o que foi pensado em termos da Secretaria Estadual de Saúde e o Ministério da Saúde eu não sei”. (M3)

Outras falas mencionam alguns elementos esparsos sobre as formas como o Pacto pela Saúde é operacionalizado na gestão, citando um instrumento de gestão, como na fala E4 sobre a Programação Pactuada e Integrada (PPI) e na fala E7 sobre Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS). Estes trabalhadores aproximaram sobre o assunto da reorganização dos processos de gestão e de regulamentação do sistema de saúde.

“Olha, eu tenho um conhecimento sobre e não é um conhecimento profundo, entendeu? (...) eu to um pouco falha, poderia pesquisar um pouco mais sobre, procurar mais, mas eu acho ele melhor do que antes era, daquilo que era imposto né, por exemplo o NOAS... esse pacto pelo pouco e aproximação pouca que eu sei eu acho que existe uma abertura melhor”. (E7)

“Oh, eu sei que é assim, o pacto pela saúde é um pacto que assim... o município faz com (...) com o governo Estadual e Federal, eu não sei, parece que é uma reunião entre os líderes (...) eles pactuam: olha, eu posso fazer oitenta por cento de... eu vou atingir oitenta por cento de papanicolau nesse município né... e ele tem que cumprir isso para receber a verba, o financiamento né... É que é aquela, como que chama, não sei o que pactuado integrada... é... PPI né? É... programa pactuado integrado né? Então, assim, para receber esse dinheiro eles têm que atingir a meta, então assim, eu acredito que esse pacto seja para isso né?”. (E4)

A pouca aproximação quanto ao teor teórico do Pacto pela Saúde pode estar relacionada, provavelmente, ao momento histórico relativamente incipiente do produto do Pacto pela Saúde no espaço micro. E ainda notamos um Pacto elaborado de forma distante das realidades do cotidiano dos serviços e da comunidade, onde é construído o processo saúde-doença e suas conexões sociais, econômicas, culturais, éticas, políticas na conformação do viver, de perceber e de se implicar com a produção social da saúde.

O mesmo é entendido por Machado et al. (2009) em seu artigo “Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação”, no qual comenta que o conteúdo do Pacto pela Saúde ainda se apresenta em forma de normativas e portarias expedidas pelo Ministério da Saúde ou pelas CIB ou CIT, e que essas informações, apesar de disponíveis nos sites oficiais, demoram a chegar até aos profissionais que atuam diretamente com a assistência à saúde.

Condizente com essa perspectiva, os coordenadores da Rede de Atenção Básica C3 e C1 comentam como foi e como se dá o pacto no município, e isso justifica de alguma maneira a pouca aproximação dos trabalhadores de saúde vinculados à coordenação das equipes de Saúde da Família: enfermeiro, médico e dentista.

“(...) eu acho que hoje a gente não trabalha com a ponta, a gente ainda tá assim... a gente avalia o que a ponta faz, mas não existe a participação da ponta na pactuação desses indicadores, dessas metas então eu ainda acredito que fica um pouco fora da realidade e acredito que isso só vai ser possível quando a gente conseguir agregar os trabalhadores a essas reuniões onde a gente tenta pactuar as metas”. (C3)

“(...) eu acho que a gente poderia fazer isso de uma maneira ascendente, dos governos, profissionais não foi feito, por exemplo, se for nas unidades perguntar de pacto da saúde, eles vão saber pouco entendeu, eles não vão saber dizer muito de pacto, talvez eles saibam dizer porque eles ouviram falar, mas não porque a gestão conseguiu fazer um movimento de envolvê-los no processo e a gente discutir juntos, então eles fazem porque a gente é... coloca algumas metas e alguns indicadores relacionados aos indicadores do pacto, mas sem eles saberem que eles estão trabalhando o pacto pela saúde, eles estão fazendo as sete consultas do pré natal porque a saúde da mulher coloca isso como diretriz, eles estão fazendo a questão da cobertura da tuberculose, da hanseníase, já tem ação... só que é sem saber que é pacto, isso eles estão fazendo como indicador do trabalho que é a atenção básica né”. (C1)

Assim, encontramos os atores D1, M2 e E1 buscando em seus processos de trabalho a aproximação e a materialização do pacto pela Saúde, mesmo não trazendo as formulações teóricas do Pacto pela Saúde evidenciam-se relação entre o pacto e o seu cotidiano de trabalho.

“Teoricamente conhecer o pacto da saúde eu não conheço, a gente acaba tendo contato com algumas práticas dessa política através mesmo dos acontecimentos que vem no dia a dia né, as situações que a gente acaba de viver pelo próprio correr do ano, das campanhas, das necessidades, formação e conhecimento pra explicar sobre ele eu não tenho”. (D1)

“Olha eu tenho pouco experiência, assim, do que eu sei, pacto pela saúde, do pacto pela vida tem essas coisas assim, na verdade na teoria mesmo na integra eu não sei nada, mas eu sei que tem essas metas dos municípios que é acordado com o Estado e o Ministério da Saúde para tentar atingir a qualidade do SUS e da atenção básica, e mesmo assim, eu não sei se tem algumas partes de níveis maiores né, do que a atenção básica, mas acredito que é mais de prevenção de mortalidade infantil, do câncer do colo uterino, câncer de mama, tem várias partes, assim, parte do idoso também eu acho que tinha...” (M2)

(risos) “Do que eu conheço do pacto? Gente eu não consigo falar exatamente o que é o pacto pela saúde (...) envolve a questão detalhada, eu não consigo colocar pra você, mas (...) nada mais é do que a gente já vem fazendo, e que o SUS quer aperfeiçoar e dar qualidade melhor nessa questão da integralidade né, da humanização (...).” (E1)

O coordenador C1 também se refere ao Pacto pela Saúde de forma semelhante ao relato do E1, como segue abaixo:

“O pacto ele vem contribuir para a organização do processo de trabalho, no meu olhar né, que é um pouquinho do que eles já fazem né, ou muito do que já fazem, então elas vêm organizar para poder compreender as ações que são realizadas nas unidades de saúde né, em loco, então consegue dar para a equipe e para a coordenação como um todo um objetivo uma meta e um olhar ampliado na avaliação”. (C1)

Trouxemos a fala abaixo do coordenador da rede de atenção básica C2, na qual podemos perceber um maior domínio teórico referente ao Pacto pela Saúde, o que nos traz a ideia de que o conhecimento do Pacto como instrumento de gestão se acumula na coordenação da rede, evidenciando um distanciamento da equipe de Saúde da Família do real objeto deste Pacto no cotidiano dos serviços de Atenção Básica. Trouxemos a fala abaixo do coordenador da rede de atenção básica C2, onde podemos perceber um maior domínio teórico referente ao Pacto pela Saúde, o que nos traz a ideia de que o conhecimento do Pacto como instrumento de gestão se acumula na coordenação da rede, evidenciando um distanciamento da equipe de Saúde da Família do real objeto deste Pacto no cotidiano dos serviços de Atenção Básica.

Então o pacto eu acho que foi um grande avanço no SUS né (...) eu acho que assim a gente conseguiu trazer vários nortes que a gente tinha tentava através das (NOBS) das (Noas) e aí se consolidou tudo e se criou o pacto e a gente teve um avanço grande em relação a regionalização tanto com a criação do CGL os colegiados de gestão assim tem um monte de dificuldade operacional mas eu acho que foi um avanço para você conseguir trabalhar com a

questão de cooperativa solidária pesando na regionalização eu acho que foi um grande avanço né voltado para a atenção básica eu acho assim que a gente conseguiu fortalecer bastante a questão da ação(saúde) da família então um dos uma das diretrizes do pacto pela vida é a questão do fortalecimento da atenção básica então eu acho assim que o pacto veio fortalecer os gestores enquanto plenos da....do seu sistema né (...) mas eu entendo que é um avanço no sistema que ele faz um gestor pensar enquanto gestor pleno do sistema e de uma maneira cooperativa e solidária envolvendo os outros gestores locais para que se pense a regionalização e com algumas diretrizes para você trabalhar a gestão né então como pacto pela vida o pacto em defesa do SUS o pacto de gestão trazendo as diretrizes para você pensar a gestão no seu município eu acho que e outro né pelos termos de compromisso você colocando através de indicadores métodos que você faz e que você não faz se você não faz enquanto tempo você vai fazer então ele traz um norte para a gestão municipal eu acho que foi não só municipal mas Estadual também né na tripartite todos eles federativos né mais eu acho que foi um avanço e que assim é um processo em construção eu acho que ta sendo construído ainda não tem nada dado mas eu acho que foi um avanço". (C2)

Diante desse maior acúmulo teórico e pouca aproximação dos trabalhadores de saúde vinculados à coordenação das equipes de Saúde da Família, encontramos na fala de C1 a percepção da responsabilidade e da importância do papel do coordenador da Rede de Atenção Básica em relação à construção do sentido do Pacto pela Saúde no processo de trabalho.

"A coordenação da atenção básica ele é fundamental para entender o pacto pela saúde e nós somos o canal, acredito, pra ta levando essas aproximações para as equipes então o papel da coordenação é apoiar no sentido de oficinas de manter as suas equipes atualizadas né, porque por várias aproximações a pessoa vai entender o papel dela como profissional de saúde dentro do pacto pela saúde é isso que eu acredito". (C1)

E nos caminhos para potencializar a aproximação do Pacto pela Saúde para as equipes de Atenção Básica, encontramos na fala abaixo, de C2, um olhar sobre um processo construído de forma coletiva e ascendente.

"(...) seria muito interessante, eu acho que você tendo todos, todo mundo amarrado que é a história da roda né, que eu prezo muito, só que a gente tem muita dificuldade no mundo globalizado, joga a gente para pensar só no seu quadrado né, tem o ado ado ado cada um no seu quadrado né, e eu brinco que é oda oda oda todo mundo na mesma roda, só que a gente ainda tem muito de operacionalizar isso, então eu penso que se fosse por exemplo feito oficina de construção coletiva como a gente tem feito outras experiências como o (NASF) que a gente implantou agora, a gente fez todo um processo ascendente desde a questão da concepção do (NASF), a questão da composição das equipes de apoio, então a gente ouviu o que... as equipes queriam de apoio não foi a gestor que definiu o que os profissionais iam ter dentro do rol dos trezes, das treze profissões do (NASF) ele não definiu quem seria, foram as pessoas que os profissionais de saúde que estão desenvolvendo assistência que falaram, não, eu quero psiquiatra, eu quero psicólogo eu quero assistente social, eu quero nutricionista, eu quero fisioterapeuta, eu quero terapeuta ocupacional, não foi a gente que escolheu e foi um processo completamente ascendente, construído coletivamente, conjuntamente com os atores que estão desenvolvendo assistência, diferente do pacto, o pacto a gente não conseguiu fazer isso né, eu acho que se fosse assim seria muita gente, teria até tendo resultados mais satisfatórios em relação aos indicadores (...) que poderia contribuir mais, por que assim, na verdade que assim, em Marília a gente ainda tem uma dificuldade na secretaria de se trabalhar muito fragmentado que é uma crítica que eu faço ao nosso organograma, a gente, o organograma tradicional com as caixinhas, ele divide muito né, os assim tem coordenador da atenção básica, coordenação da vigilância,

coordenação... quer dizer e as pessoas acabam não se integrando e formando uma roda para se discutir as prioridades conjuntamente né, lançar mão do que seria uma prioridade do município e a gente acaba focando mais nas prioridades de cada quadradinho, de cada setor, então por exemplo, a construção do (pacto) ele se deu em cada setor, então os indicadores são da criança, da criança, que via saúde do adulto saúde, do adulto, que via saúde da mulher, saúde da mulher que via então a atenção básica via mais a questão de expansão da saúde da família e mais as questões é... operacionais, a questão de linha de cuidado de... essas coisas ficavam com os programas e a gente teve uma dificuldade de integrar isso tudo e de fazer isso de uma forma colegiada, conjunta discutindo como se daria isso, então essa é uma crítica que eu faço, então eu acho que poderia contribuir mais no sentido de trazer essa discussão para a gente estar junto, que é uma discussão que eu trago mas que ainda a gente não consegue avançar e ainda é fragmentado né, então assim, é uma coisa que a gente poderia colaborar mais enquanto coordenação da atenção básica e tentar trazer esses programas que a gente tem que são apoio a atenção básica na questão das linhas e dos cuidados, atenção da mulher... para que a gente fizesse isso de maneira conjunta que a gente ainda não consegue, eu acho que é uma coisa que poderia colaborar mais na questão do pacto". (C2)

Diante do exposto, entendemos que muito ainda precisa haver diálogo sobre o Pacto pela Saúde como instrumento de gestão, a fim de aproximar os trabalhadores da saúde da sua construção e desenvolvimento, possibilitando que ele faça sentido para quem o efetiva com possibilidades de processá-lo nos espaços da micropolítica do trabalho em saúde, pois são instituidores de necessidades singulares que atravessam o modelo instituído no jogo do trabalho vivo e do trabalho morto em que estão inseridos, conforme cita Merhy (2004). O modo de implementar mudanças parte do desejo produtivo de realizar mudanças (MEHRY et al. 2007).

7. O REFLEXO DOS ELEMENTOS DO PACTO PELA SAÚDE NO PROCESSO DE TRABALHO: A PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE

O elo do papel exercido pelo Pacto pela Saúde com as práticas cotidianas nos serviços pode não estar evidente na percepção da maioria dos trabalhadores de saúde, especificamente aqueles vinculados à coordenação da equipe de Saúde da Família, mas podemos perceber nos relatos das cenas do dia-a-dia analisados nessa temática que o Pacto ancora o processo de trabalho.

Para pensarmos o processo de trabalho em saúde, imaginamos que

[...] o conjunto de trabalhadores em saúde produz um produto, os atos de saúde, e que estes são considerados como capazes de intervir no mundo do que é denominado de "problema de saúde", provocando uma alteração do mesmo em torno da produção de um resultado: a satisfação de uma necessidade/direito do usuário final (MERHY, 2004, p.113).

Fazemos referência a trabalho como um processo, o que significa entender as representações dos distintos atores acerca de seus elementos constituintes. “Implica imaginar que os profissionais de saúde têm diferentes visões sobre o mundo e o trabalho e que as práticas que desenvolvem são coerentes com essas visões” (Ribeiro & Motta, 1996, p. 7).

Obviamente, não temos a pretensão de, ao discutir e apresentar elementos do Pacto pela Saúde que foram trazidos pelos trabalhadores de saúde, esgotar todas as relações possíveis. A nossa intenção foi trazer a expressão das prioridades e metas pactuadas pelo município por meio dos exemplos citados pelos entrevistados em relação às atividades desenvolvidas no cotidiano do trabalho na Atenção Básica.

Tomaremos como parâmetro para analisar o elo do Pacto pela Saúde com o processo de trabalho o Relatório Municipal de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, do município de Marília, no qual estão as prioridades, objetivos, metas e indicadores relativos ao Pacto pela Vida e Pacto de Gestão, pactuados para o ano de 2009 (MARÍLIA, 2009). Consideramos este relatório a tradução do trabalho a ser realizado no nível municipal na Atenção Básica com base nas diretrizes lançadas pelo Pacto pela Saúde.

Inicialmente, antes de entrarmos nas falas propriamente ditas, trazemos uma das prioridades pactuadas no relatório que contribui para o entendimento do nosso cenário. A prioridade VI – Fortalecimento da Atenção Básica, com o seguinte objetivo: Garantir que a Estratégia Saúde da Família seja a estratégia prioritária da atenção básica e orientadora dos sistemas de saúde, considerando as diferenças locorregionais; com a meta: 27.988 Equipes de Saúde da Família implantadas, correspondendo a 45% da população coberta. A proporção da população cadastrada pela Estratégia Saúde da Família para o ano de 2008 no município de Marília foi de 36,71% e a meta pactuada para 2009 de 45%.

Prosseguimos com as falas dos trabalhadores de saúde M5, E2, M4, E1 e D4, que menciona a prioridade III – Redução da mortalidade infantil e materna, cujos objetivos são: I – Estimular a investigação do óbito de menores de um ano, visando subsidiar intervenções para redução da mortalidade nesta faixa etária, com meta de 100% para 2009, II – Investigar óbitos maternos, com meta de 100%, III e IV – Reduzir a mortalidade pós-neonatal e mortalidade neonatal, com meta de redução de 3,4% e 10,0% respectivamente e VI – Aprimorar a qualidade da atenção Pré-Natal, sem meta especificada.

“Bom, pegando o exemplo da mortalidade infantil a gente até faz o acompanhamento pré-natal de todas as gestantes né, para reduzir o nível de mortalidade infantil pós-natal, a gente faz o acompanhamento após o parto na primeira semana de vida essa bebe é consultado pelo médico, na segunda semana de vida ele volta na unidade de novo e é consultado novamente e com um mês ele é acompanhado mensalmente”. (M5)

“(...) depende muito da realidade de cada um, então, minha área é muito pequena um óbito aqui já acaba ultrapassando o limite e o índice de mortalidade do município, então a gente tem que trabalhar no intuito de não acontecer, mas têm causas que fogem da nossa

governabilidade, da nossa potencialidade, do nosso trabalho né, a gente investiga todos os óbitos, infantis né, e os maternos, são investigados para poder atuar na causa". (E2)

Percebemos que o odontólogo também tem uma preocupação com a prioridade voltada para a saúde infantil e materna, mesmo que mais especificamente na área da saúde bucal.

"A gente trabalha algumas coisas, que nem na saúde bucal, a gente trabalha com os tratamentos completos né, inicial que a gente acompanha, monitora a quantidade de gestantes, por exemplo, vê a quantidade de tratamento que a gente conseguiu começar e terminar, o acompanhamento do bebe dente na saúde bucal, a gente está sempre monitorando a quantidade de bebes que entram que sai que dá alta, os que abandonam o tratamento, a gente esta sempre avaliando". (D4)

Eles percebem que a prioridade fica mais a cargo da gestão municipal, mas entendem a importância da sua ação concreta em relação à prioridade estabelecida.

"A questão da mortalidade infantil é trabalhada mais a nível de município e com certeza eles tem uma meta né, dentro do município a ser, é... trabalhada que eu não conheço essa meta mas assim o que eu posso dizer que, por exemplo, nos últimos três anos nos não tivemos nenhuma mortalidade infantil (...) nos tivemos uma criança que foi por aspiração e então cai fora daquelas faixas, é... aqueles riscos que a gente conta né, como desnutrição né, é... anemia, então assim, foi por uma outra causa esse óbito infantil, essa mortalidade infantil que foi investigada, então a gente trabalha, mas os dados em geral quem nos passa é o município né, quantas mortalidade infantil tivemos no município de Marília e quais são essas causas, por que as causas que é importante pra gente trabalha em cima (...) mas assim, sempre vem pra a gente investigar óbito menor de um ano e mesmo o óbito materno sempre vem para a gente investigar essa causa de óbito e geralmente são causas que não são, não teriam sido evitáveis por nós, às vezes uma mal formação ou mesmo algum acompanhamento que às vezes assim, a mãe tava fazendo pré natal em outro lugar, chegou aqui e já descompensado, morreu, a gente não pode fazer nada né, então assim a gente que tem que investigar esse óbito, então assim, os casos que tiveram, a gente não pode fazer nada, entrou como indicador nosso, mas não era uma coisa que a gente pudesse ter feito né, então não acabamos discutindo isso na equipe". (E1)

"Então assim principalmente na mortalidade infantil, na mortalidade materna a gente praticamente não tem nenhuma (...) sinceramente eu nem sei quais são as metas que o município preconiza ou compactua em relação a isso né, por que aqui na nossa unidade a gente acompanha de perto todos esses casos né, e eu nunca tive um caso desses". (M4)

Nesse sentido a fala do C3 explica como o processo de construção das metas ainda se dá numa lógica setorializada, por programas, sem a participação dos atores que desenvolvem as ações previstas.

Ainda é feito (...) entre os programas da secretaria né, a gente faz, cada setor faz o seu, a gente tenta, tenta para discutir um pouco como que está esse todo e os trabalhadores não estão presentes (...) eu acredito que só vai estar muito mais próximo, que ele vai conseguir co-responsável, co-participativo realmente quando eles estiverem juntos mas hoje ainda é uma coisa da gestão". (C3)

Tomando a redução da mortalidade infantil como meta do Pacto pela Saúde em sua dimensão Pacto pela Vida, citamos Lindo (2008), que nos traz uma experiência considerada exitosa no município de Piracicaba (SP), o Pacto de Redução do Óbito Infantil, construído mediante o modelo do Pacto da Atenção Básica (atualmente unificado com outros pactos através da portaria GM/MS nº 91 de 2007) no qual um conjunto de metas e estratégias de atendimento foi pactuado entre gestor, equipes de saúde e entidades civis. Junto às metas, foram elaborados instrumentos de monitoramento e avaliação das ações mediante supervisão programada e um elenco de indicadores para o acompanhamento.

Dessa forma, mobilizaram o contingente de profissionais que trabalhava num formato disperso e sem avaliação para referenciar a resolutividade das ações realizadas. Num período de seis anos, partindo do ano 2000, com 70 óbitos em menores de um ano de pacientes residentes ocorridos em Piracicaba, para 46 óbitos de pacientes residentes em 2006 (LINDO, 2008).

Também encontramos falas, como dos entrevistados E4, M4 e E6, relativas à vacinação: Responsabilidade sanitária, 1- Responsabilidades gerais, cujo objetivo é 95% da população alvo (menores de um ano de idade), vacinada em 70% dos Municípios, no mínimo, com fonte para cálculo do indicador IBGE/SIAB, com meta de 95% para o indicador de cobertura vacinal por tetravalente em menores de um ano de idade.

Percebemos nos relatos o conhecimento da pactuação das metas entre as instâncias federativas, e é perceptível o empenho das equipes para contribuir com a pactuação municipal, apesar de o trabalhador M4 sentir-se preso ao cumprimento da meta estipulada.

“vacinação a gente vai de casa em casa para ver quem foi vacinado e quem não foi, quem não foi a gente conversa em equipe, na última vacinação que a gente não conseguiu de rubéola, por exemplo, a gente foi de casa em casa no noturno né, para estar fazendo a noite nas pessoas, então assim, tudo isso para alcançar o que foi pactuado o município com o governo Federal, eu acredito Estadual e Federal né, eu acho que é, não sei, eu não sei direito como que é, mas eu sei que o município ele tem essa pactuação” (E4)

“(...) quando tem algumas metas, vamos supor na campanha de vacinação, aí vem meta noventa e cinco por cento né, enquanto você não cumpre aqueles noventa e cinco por cento não acaba essa campanha, mas nem sempre é possível por que se a vacinação é uma opção da pessoa ser vacinada ou não como é que você pode obrigar ela a vacinar e se ela não quiser então você não vai cumprir a meta se você tiver recusa na vacinação muitas vezes você vai atrás e até mesmo quando termina aquela campanha você continua indo atrás na residência da pessoa e você não acha a pessoa a pessoa esta trabalhando então é complicado esse tipo de meta atingido na campanha de vacinação, por ser uma coisa opcional e não obrigatória a vacinação em si, então você fica meio preso em cumprir metas e deixa muitas vezes de fazer outras coisas que são até mais importantes vamos dizer assim em função de ter que ficar cumprindo uma meta só para mostrar que você atingiu uma meta que o ministério quer que atinge”. (M4)

A fala do trabalhador E6 remete a divergência no número de habitantes encontrada na base populacional entre as fontes disponíveis, IBGE e SIAB, para o cálculo de cobertura vacinal, como vemos no relato abaixo:

“(...) por exemplo, quando ele pactua encima de dados que não são dados reais, por exemplo vamos falar de vacina né, dependendo da fonte que ele usa não é a população real que eu tenho então eu vou estar sempre... eu nunca vou conseguir atingir a meta, você entendeu? Então tem coisas assim que são um pouco ilógicas né”. (E6)

As falas E1, M5, E6, M2, M1, E4 estão relacionadas com a prioridade II – Controle do câncer de colo de útero e de mama, com o objetivo I – Ampliar oferta do exame preventivo do câncer do colo do útero de forma que a cobertura do exame preventivo alcance a 80% da população alvo, com meta municipal pactuada para o ano de 2009 de 33% (MARÍLIA, 2009):

“Bom, as metas são algumas coisas, a gente sabe que vem por parte do ministério e outras do município então, por exemplo, cobertura de papanicolaou no município de Marília em média oitenta por cento né, no ano seria a cobertura estipulada pelo município, então, é... nós tentamos através da nossa população, temos que fazer levantamento da população, mulheres que é... a partir do momento que começaram a ter relação sexual independente da idade dessas mulheres e a gente tenta fazer uma média de quantos papanicolaou temos que colher por mês pra atingir essa média lá. E também temos que ter uma noção de quantas mulheres utilizam o SUS dessa população né, e qual é a nossa população que vai no particular (...), por que a gente sabe que mesmo as mulheres que estão no particular ou convenio né, é... se ela realiza o papanicolaou, ela carimba nossa cobertura por que a gente quer independente da onde ela colha esse papanicolaou que ela tenha feito né, não importa se é pelo SUS e qual é a linha de acesso dela”. (E1)

“Então, uma coisa que a gente não alcança nunca é o índice de papanicolaou, por exemplo, saúde da mulher é extremamente baixo, então a gente faz todo o ano um fechamento de quantos a gente fez, o comparativo de anos anteriores né, e são montadas estratégias, por exemplo, a gente montou um convite para as mulheres colocando o seu ultimo papanicolaou foi no ano tal né, e aí a visita feita, visita domiciliar foi feita por todos os agentes para todas essas mulheres e para estar também aquelas que fazem o papanicolaou fora, particular, em outra instituição, na especialidade, no convenio né, e aí todo ano é feito esse levantamento, é feito essa busca ativa dessas mulheres, nesse ano a gente abriu a agenda noturna para poder aumentar a oferta né”. (M5)

“a gente faz um levantamento dentro da equipe para a gente ver como a gente está caminhando, por exemplo, na questão do papanicolaou a gente tem uma meta a atingir, então a gente tenta fazer um levantamento pra ver se essa... se a equipe, ela chegou próximo dessa meta e por que não chegou, por exemplo, às vezes eu tenho mulheres que colheu no particular né, então eu preciso fazer esse levantamento pra ver se essa minha... se as mulheres em idade fértil elas estão realmente sem fazer o exame de papanicolaou ou se elas procuraram outro serviço então a gente tenta fazer esse levantamento”. (E6)

Identificamos na fala do M2 um compromisso das equipes de Saúde da Família com o cumprimento da meta, com busca ativa da população-alvo inclusive a que não se utiliza do serviço das USF. No entanto, notamos que existe um distanciamento na percepção dos trabalhadores com relação à meta pactuada pela

gestão municipal, dificultando a produção de sentido no cotidiano do trabalho, como evidencia a fala a seguir:

“Ai tem que fazer trinta prevenções no mês” mas a gente não sabe de onde que veio esse número entendeu a gente sabe que tem que fazer que tem que bater essa meta veio de cima inclusive assim teve uma reunião (...) que o coordenador da nossa unidade veio e aí ele falou do pacto trouxe para a gente até os indicadores que são pactuados para a gente poder discutir, mas assim a gente olhou muito por cima e tem muito coisa que é município né não é nem tanto que a gente taria incluso né mas muitas coisas assim como esse numero a tem que fazer trinta prevenções no mês né, então ali tá mais ou menos a gente conseguiu identificar de onde que veio e tentar atingir mesmo essa meta”. (M2)

Dentro do comprometimento dos trabalhadores entrevistados, percebemos a busca de estratégias para o alcance da meta correspondente com certa criatividade, como uso de brindes, aproveitando o momento de outras campanhas, a capacitação dos agentes comunitários, o envolvimento de todos os membros da equipe, dentre outras, como vemos nas falas seguintes:

“É então, por exemplo, em relação à prevenção (se referindo ao exame de papanicolaou) que dificilmente a meta é alcançada né, isso eu acho que é uma coisa geral em Marília, é... a gente já tentou fazer campanha, então, por exemplo, (...) fizemos uma campanha no dia de vacinação da gripe, vamos fazer prevenção no sábado das oito às dezessete horas, então a gente tem que fazer campanhas e orientar a população a comparecer em massa”. (M1)

“(...) na reunião de equipe, o que a gente faz, a gente vê quanto a gente tem de população feminina naquela idade fértil das que precisam estar fazendo papanicolaou e aí quantas pessoas na nossa unidade a gente precisa fazer quarenta para a gente conseguir alcançar a meta estipulada pelo ministério da saúde e que foi pactuada aqui com Marília, aliás né, então de acordo com a nossa população a gente tenta (...) junto com a equipe bolar maneiras de toda a equipe estar engajada para chegar até aí (...) os agentes comunitários foram em cada casa perguntar das mulheres se elas tinham feito aquele ano o papanicolaou ou se não tinham feito, por que não tinham feito, e aí a gente chegou à conclusão que era falta de tempo, a nossa primeira coisa foi falta de tempo e a segunda foi vergonha então assim da vergonha a gente ia conversando (...) a gente conseguiu mais adesão é... (...) a gente chegou a fazer uma coisa (...) a gente fez até uma barganha, que eu não acho que é tão produtivo, mas que foi uma maneira de chamar essas mulheres, a gente fez uma cesta de beleza para chamar essas mulheres para sortear para elas virem fazer o papanicolaou e aí a gente consegue né, carregar essa mulheres para a unidade e estar fazendo um trabalho para que elas venham e tá podendo fazer é para a gente poder orientar – orientar na saúde espera né, então assim, não só eu tô falando do papanicolaou né, mas isso envolve todas as coisas, né, e esse trabalho que a gente fez com os agentes comunitários por exemplo a gente tá fazendo com as outras metas que a gente tem que atingir e é bacana porque assim muitos agentes não sabiam nem para que servia; vai fazer o papanicolaou mas não sabia nem pra que servia então a gente fez uma educação permanente; eles foram estudar, fizeram questões de aprendizagem na parte da problematização que a gente faz nas metodologias aqui na educação permanente, então procurando envolver o auxiliar de serviços gerais também ela também participa dessa reunião que antes ela não participava e a gente achou que ela estava de fora e ela faz parte da equipe auxiliar de dentista também; a gente também faz metas para a gente estar conseguindo tá alcançando”. (E4)

O trabalhador de saúde E4 também comenta em sua fala que lançou mão da Educação Permanente no processo de trabalho da equipe. A Educação Permanente está inserida na prioridade VI

– Fortalecimento da Atenção Básica, cujo objetivo é desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família e comunidade, prioritariamente para profissionais da estratégia saúde da família.

O mesmo trabalhador de saúde menciona avanços encontrados no município com relação a este objetivo, como a parceria entre a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) e serviço de saúde no município e o curso de aperfeiçoamento de formadores de educação permanente disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde para os trabalhadores.

“(...) como tem essa parceria com a faculdade de medicina com o serviço publico, que é a rede né, o que qui acontece, a gente também entra numa educação permanente dos alunos da unidade de pratica profissional que é do primeiro e segundo ano, e também da residência multiprofissional, (...) educação permanente para mim era uma coisa essencial, só que em dois mil e sete se eu não me engano a gente teve um curso de aperfeiçoamento de formadores de educação permanente chama-se facilitadores de educação permanente né, e ai é assim, isso é... foi um pacto também, a gente sabe que isso é um pacto também, que hoje todas as unidades de saúde devem ter a educação permanente, então assim, isso foi feito pela secretaria de saúde a gente não pagou nada, a gente fez esse curso para estar implantando cada representante da unidade implantar isso na sua unidade mas isso é feito na minha unidade desde que se iniciou então para a gente foi mais fácil pra estar continuando só continuei o que a gente já tinha iniciado né mais assim isso é uma coisa que a secretaria propiciou para a gente que foi um grande ganho para a gente”. (E4)

A respeito deste mesmo objetivo, presenciamos na fala de outro trabalhador de saúde, D5, a percepção da temática da Educação Permanente como um caminho adotado para contribuir com as atividades do processo de trabalho da equipe, como exemplificado com o planejamento.

“Na verdade seria assim seria muito bom e o tal de vamos dizer que seria um planejamento que a gente ainda até hoje tem essa dificuldade de fazer a gente já fez varias EP (se refere à Educação Permanente) para isso e mais, a gente, a gente fala que não encontra tempo, só que nós essa falta de tempo é falta de planejamento mal feito também né de chegar no momento de uma reunião de se organizar e fazer esse levantamento ò nos temos tantas pessoas e como a gente vai fazer isso vamos fazer um planejamento como a gente vai conseguir atingir isso dai por que onde a gente esta errando por que qual que está sendo a nossa falha então é uma coisa que agora é um pouco nova, agora nos estamos mais voltados para isso. Por que eu acho que agora o SUS esta tendo uma modificação também uma nova visão né, de gestão, de vamos dizer na parte de escuta né, da escuta qualificada e da co-responsabilidade, da co-participação da comunidade, por que o SUS não depende só da gente, então agora a gente ta tendo uma visão diferente a gente esta tendo capacitações dos profissionais, eu participei de um grupo de apoio da unidade, eu fui apoiadora e ao mesmo tempo eu estava na EP que a (...) estava fazendo e a gente percebe que ta tudo voltado para isso ai então agora a gente ta pensando um pouquinho melhor, tentando nas reuniões de equipe fazer EP para melhorar”. (D5)

Nas falas dos coordenadores da Rede de Atenção Básica, C1 e C3 se referem à Educação Permanente como atividade que colabora com a resolução das dificuldades encontradas na cotidiano do trabalho.

“(...) em Marília a gente implantou alguns projetos entre eles um que eu acho essencial que é o da educação permanente então nos já trabalhamos nos fizemos conseguimos quarenta vagas né com a Fiocruz no Rio de Janeiro foram capacitados um por um da saúde da família teve novos técnicos aqui da secretaria que fez e nós somos os facilitadores então junto as equipes então além de coordenadores nos somos facilitadores de EP e a gente acredita que essa ferramenta vem a contribuir com todos os assuntos inclusive outros projetos como a AMQ que está sendo implantado aqui né e com certeza o pacto incluído nisso tudo fica mais tranquilo de as pessoas entenderem senão fica uma coisa de cima para baixo quer dizer eu trabalho em roda trago as dificuldades da pratica e em cima das dificuldades nos trabalhamos então a parte teórica do pacto do AMQ e de outros projetos que estão inseridos”. (C1)

“Eu acho que assim, acho que a gente aqui em Marília, a gente tentar fazer uma política diferente, a gente tentar dar autonomia pras equipes e às vezes a gente é interpretado de uma forma bastante diferente né, mas acho que a gente tem essa discussão pautada nas políticas que existem de humanização a educação permanente, a gente também tem assim um incentivo muito grande para as equipe participarem né, de fazer EP, mesmo de trabalhar com a necessidade local, trabalhar com o conhecimento e as necessidades de todos os profissionais, trazer a população para dentro para ajudar também, é difícil a participação, assim, existe muita gente que vê ainda o usuário como é um inimigo e a gente conta, conversa com as equipes que não dá para ser assim (...) eu acho que isso tem mudado muito (...) hoje as pessoas tem uma visão, tão tendo, eu acho que é tudo um processo né, eu acho que você sai de uma questão bastante burocrática e muda com essas questões todas que chegam a nós (...) leva um tempo, não dá pra ser de uma hora para outra mas eu vejo como positiva”. (C3)

Motta et al. (2004) referencia o termo permanente como uma estratégia de reestruturação e desenvolvimento dos serviços, a partir, sobretudo, da transformação de valores e conceitos dos profissionais, e propõe a transformação do profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo de ensino/aprendizagem.

Assim, deve-se ter clareza ao falar em educação permanente que:

a implantação e implementação se dá num mundo onde a organização do trabalho se transforma, onde a necessidade por novos conhecimentos se torna uma exigência para todos os trabalhadores, num sistema de saúde que formula estratégias de reconstrução de modelos de atenção, reconhecendo um vácuo na formação das profissões de saúde, o que impõem a urgência na formulação dos modelos e conteúdos da formação e a necessidade de mecanismos de requalificação profissional (MOTTA et al., 2004, p. 178).

Encontramos outro objetivo pertencente à Prioridade VI – Fortalecimento da Atenção Básica no conteúdo das falas dos entrevistados. O objetivo é ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos Municípios brasileiros por meio do cumprimento dos princípios estabelecidos na Política Nacional de Atenção Básica: acessibilidade, vínculo, coordenação, continuidade do cuidado, territorialização e adscrição de clientela, responsabilização, humanização, com meta de 10% das Equipes de Saúde da Família nos Municípios com mais de 100 mil habitantes com o projeto implantado de Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família (AMQ) (BRASIL, 2008b).

O projeto AMQ é uma metodologia de gestão interna ou autogestão dos processos de melhoria contínua da qualidade desenvolvida especificamente para a Estratégia Saúde da Família. É um processo autoavaliativo, de livre adesão pelos gestores municipais, com ausência de incentivos ou sanções financeiras ou relacionadas a resultados, sendo garantido o sigilo das informações (BRASIL, 2005).

Está inserido no contexto da institucionalização da avaliação da Atenção Básica, oferecendo instrumentos para avaliação, planejamento e gestão da Estratégia Saúde da Família, integrando o conjunto de ações contempladas no Componente III (Avaliação e Monitoramento) do PROESF. Dessa forma, confirma-se o compromisso político de fortalecer a avaliação da Atenção Básica nas três esferas do governo, incorporando-a como instrumento de gestão do SUS (BRASIL, 2005).

No histórico da elaboração do projeto AMQ, o município de Marília participou da sexta etapa: validação com usuários potenciais num Teste Piloto – com 25 municípios brasileiros no período de março e abril de 2005.

Observa-se, nas falas do M5, M3 e E1, a percepção sobre o AMQ.

“O que existe... existiu foi o aconselhamento né, para que se faça isso, é... a avaliação por melhoria da qualidade que é o AMQ que a gente entrou, então, dentro do AMQ é feito esse tipo de pergunta, o que a gente faz, a avaliação de nossos dados, das nossas metas, então acaba não ficando como uma exigência, nas fica como um lembrete daquilo que a gente tem que fazer. (...) não é de cima para baixo não. Assim, a gente entendeu a necessidade de se fazer né, mas (...) o AMQ contribuiu imensamente para gente lembrar isso, que às vezes a gente sabe que precisa e esquece (risos)”. (M5)

“A existe e a gente responde todo o ano a um negocio chamado AMQ que é controle né du de qualidade da equipe então quando eu entrei o colega anterior já vinha fazendo e tinha muitas coisas eram não eu não sei se você conhece o AMQ é uma coisa que cada equipe acaba fazendo e respondendo que muitas coisas eram não hoje muitas coisas a gente já conseguiu mexer a gente já conseguir (...) AMQ acaba sendo uma forma assim, não de forçar, mas as pessoas lá em cima, não sei quem analisa isso, questionar o que está acontecendo com essa unidade com aquela e com aquela outra etc né e ta havendo uma melhora mas muito pequena”. (M3)

“(...) o AMQ que é um instrumento que foi produzido pelo ministério da saúde que chama Avaliação da Melhoria da Qualidade na Estratégia da Saúde da Família, ele dá uma base, é... do programa da saúde da família do que nos poderíamos avançar, então esse foi o instrumento que mexeu muito com a equipe, então né, é... estamos fazendo diagnostico precoce diabético pra gente saber, nos temos que saber qual é a meta que o ministério estipula, então isso ta mais ou menos trabalhado nessa avaliação da melhoria da qualidade, não dá pra trabalhar tudo não, mas a gente vê dentro da nossa realidade o que a gente pode ta modificando, então esse é um instrumento que nos traz um parâmetro legal”. (E1)

O trabalhador de saúde, como o D4, traz à tona a necessidade, para a operacionalização do AMQ, do diálogo com a realidade.

“A avaliação da melhoria da qualidade a gente faz sozinho. O AMQ é com vocês... faz a unidade que queira fazer a gente quis, ele é opcional. No AMQ eles colocam uma meta básica para você estar atingindo, por exemplo, núcleo de hipertensos pelo menos bimestral,

vamos supor né, então ele existe uma meta básica que o AMQ já traz e aí a gente adequa a nossa realidade, o que a gente passa algumas coisas, a gente não consegue fazer como o grupo de idoso devia ser mensal a gente só consegue fazer o grupo de idoso bimestral a cada dois meses, então, mas é algo que a gente não fazia e a gente começou a fazer depois... mas ainda não é o ideal por que a gente tem que adequar dentro da nossa realidade e o que a gente vai mexer de estratégia, também vamos supor, eles fazem um levantamento e coloca lá falta isso, isso, isso né, depois que a gente responde as perguntas, mas fica a nosso critério o que a gente vai mexer primeiro e o que a gente considera como prioridade para a nossa área da nossa estrutura". (M5)

Os eixos centrais da proposta são: o estabelecimento dos parâmetros de qualidade para a estratégia, a avaliação como instrumento de gestão e tomada de decisão, e o compromisso com a qualidade na atenção à saúde. Neste sentido, foram elaborados cinco instrumentos de autoavaliação passíveis de aplicação em todo o território nacional, baseados em padrões de qualidade e dirigidos a atores específicos (gestor municipal da saúde, coordenação da SF, unidade SF, equipe SF, profissionais de nível superior da SF) (BRASIL, 2005).

Percebemos que nem todos os trabalhadores enxergam a utilização dos instrumentos do AMQ de forma tranquila, como podemos ver através da fala abaixo, do trabalhador D4.

"(...) com a AMQ foi meio complicado assim, é... que ele vai contribuir, eu acho que ele vai contribuir, mas assim, que deu muito trabalho deu, que foi meio trabalhoso, que deu assim, uma certa antipatia quando você via o livrinho e aí o pessoal não gostou muito de fazer foi bem complicado, eu acho que foi muito complexo e muitas das coisas que é colocado ali que a gente sabe que é o ideal mas que é muito difícil de ser colocado na prática então isso gera um pouco de angústia né, então tem algumas coisas ali que você sabe que você está na ponta e você sabe que é muito difícil de você conseguir então funcionou um pouco como uma cobrança para unidade então foi meio chato (...) os prazos e tudo e aí assim quando você fala que não a equipe não teve tempo de sentar por n motivos e tudo e aí tem aquelas cobranças né, mas aí você tem que entregar até tanto, tem que fazer correndo entregar, então isso daí que é meio, é meio desagradável né, gera um desconforto na unidade inteira né (...)". (D4)

O intuito na utilização de processos avaliativos, em específico o AMQ, é entendido como uma ação crítico-reflexiva, em que os resultados benéficos dependerão radicalmente da maneira como o projeto será desenvolvido no âmbito municipal. Se utilizado de maneira vertical, autoritária ou normativa, os resultados das autoavaliações deverão ser desconsiderados. Da mesma maneira, se forem estabelecidas condições de competitividade entre os participantes, com a perspectiva de premiações ou punições pelos resultados, a proposta terá sido corrompida e perderá todo o seu potencial crítico-reflexivo (BRASIL, 2005).

A fala de C2 reitera essa lógica da AMQ não como algo que traz um produto definido ou que cumpre determinadas metas, mas que potencializa as discussões do processo de trabalho.

É, na verdade o produto que tem, é na verdade são a gente tem sentido que assim a gente conseguiu com a AMQ avançar assim, na discussão do processo de trabalho das unidades, então assim, como a gente colocou e a própria AMQ coloca que não tem sanção, que não tem... a gente assim, deixou que as equipes fizessem as discussões e se precisassem de

apoio contassem com a gente então na verdade a gente não busca um produto da AMQ a gente tem com AMQ ele por si só é um potencializador das discussões do processo de trabalho em nível local né então na verdade a gente aposta na AMQ como um processo de qualificação só por proporcionar uma discussão do processo mediante os padrões da AMQ e aí a gente entende que isso é automaticamente vai qualificando o processo e nos ajudando na questão do avanço dos indicadores que estão constando inclusive no pacto né". (C2)

O trabalhador D3 comenta os instrumentos do AMQ.

"A gente teve o AMQ, sempre na melhoria da qualidade da saúde da família né, então isso ajudou bastante né, aqueles questionário que a gente tem, por que tem um questionário que a gente responde somente a equipe de nível superior e tem junto com a equipe toda né, aí tem umas requisitos que é elementar em toda a unidade da saúde, o que tinha que fazer né, aí tem o elementar, o básico aí vai subindo né, o que é avançado, então assim, tem muitas coisas que a gente faz avançado mas outro não faz, a gente depende também da coordenação de recursos de materiais né, adaptados, por que a maioria das unidades são casas adaptadas né, então um questionário é de todas as salas são... que você pode ter privacidade, não é assim né, que acontece, por exemplo, uma gastrite, se ela fala todo mundo ouvi lá fora pela janela, então né, nessa parte fica difícil mesmo de trabalhar né, mas assim depende de recursos financeiros, da unidade de ser construída dentro dos parâmetros né, por que tem a unidade X, que ela é construída toda certinha né, tem a sala dos dentistas é bem adequada, tudo é ergonômetro, a sala do médico... lá tem um expurgo né, nos queríamos que toda unidade fosse assim né, pra gente trabalhar legal, aí tem uma vantagem nessa sala ela tem privacidade né". (D3)

Esses instrumentos possibilitam a identificação dos estágios de implantação, desenvolvimento e qualidade da estratégia em seus diferentes pontos, desde a gestão até as práticas de saúde das equipes junto à população. A partir desse conhecimento, os gestores, coordenadores e profissionais poderão elaborar planos de intervenção e propor ações para melhoria da qualidade.

Os padrões e estágios de qualidade estão classificados em: Padrões do Estágio E (Qualidade Elementar – abordam elementos de estrutura e as ações mais básicas da estratégia SF), Padrões do Estágio D (Qualidade em Desenvolvimento – abordam elementos organizacionais iniciais e o aperfeiçoamento de alguns processos de trabalho), Padrões do Estágio C (Qualidade Consolidada – abordam processos organizacionais consolidados e avaliações iniciais de cobertura e impacto das ações), Padrões do Estágio B (Qualidade Boa – abordam ações de maior complexidade no cuidado e resultados mais duradouros e sustentados), Padrões do Estágio A (Qualidade Avançada – colocam-se como o horizonte a ser alcançado, com excelência na estrutura, nos processos e, principalmente, nos resultados (BRASIL, 2005).

Outra prioridade expressa nas falas dos trabalhadores, por meio das atividades discutidas e desenvolvidas no cotidiano do trabalho da Atenção Básica, esteve relacionada ao combate à Dengue. A prioridade IV – Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemia com ênfase

na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, hepatite, AIDS, define como objetivo I reduzir a letalidade por febre hemorrágica de dengue, tendo como meta para ano de 2009 o valor de 0,00%.

“(...) eles fazem, por exemplo da dengue, eles fizeram reunião agora e eles tão vendo que vai ter uma... vai explodir a dengue no ano que vem né, começando de janeiro a março, então assim, a gente assim, eles já deixam a gente atento, que a gente tem que alcançar metas, tem que fazer oitenta por cento de visitas nas casas, que a gente tem que abrir pendências (a gente fala que são pessoas que não tão em casa) que a gente tem que ficar atento a sinais e sintomas né, para fazer bloqueio (...)”. E4

No cotidiano do trabalho da Equipe de Saúde da Família, o significado da dengue está relacionado ao controle da epidemia, partindo da discussão desse tema nas reuniões com a gestão central o que materializa e possibilita o fortalecimento da capacidade de resposta das doenças emergentes e endêmicas.

No momento da entrevista, os trabalhadores de saúde estavam mergulhados nas estratégias de combate à dengue devido às epidemias já registradas em anos anteriores, assim, as outras doenças endêmicas que constam na prioridade IV, citada anteriormente, não foram mencionadas em suas entrevistas. No entanto, encontramos metas pactuadas no município de Marília para o ano de 2009 para: tuberculose, cuja meta é 77% de cura de casos novos de tuberculose pulmonar bacilífera; hanseníase, cuja meta é 80% de cura dos casos novos diagnosticados nos anos das coortes; hepatites B e C, cuja meta é 100% de casos confirmados por sorologias, e AIDS, cuja meta é 0,00% de incidência em menores de cinco anos de idade (MARÍLIA, 2009).

Retomamos, neste momento, a outra dimensão do Pacto pela Saúde, o Pacto em Defesa do SUS, que foi mencionado nas falas dos trabalhadores de saúde entrevistados e que não consta nas prioridades estabelecidas no Relatório Municipal de Indicadores de Monitoramento e Avaliação do Pacto pela Saúde, do município de Marília para o ano de 2009, citado anteriormente (MARÍLIA, 2009).

O Pacto em Defesa do SUS trata de repolitizar o debate em torno do SUS para reafirmar seu significado e sua importância para a cidadania brasileira. Ele é parte do processo democrático do país e tem como primeira finalidade a promoção e efetivação do direito à saúde.

Para garantir a defesa dos princípios do SUS e assegurá-lo como política, foram definidas com fundamentais, no Pacto em Defesa do SUS, três frentes de ação: cartão dos direitos dos usuários; regulamentação da Emenda Constitucional 29; diálogo com a sociedade; por isso, representam um passo importante para a radicalização da democracia no país (citar caderno pacto).

Para os trabalhadores de saúde vinculados à coordenação das equipes de Saúde da Família, é bastante presente a ideia de que o fazer do dia-a-dia do serviço de saúde é defender o SUS, calcado no “crer” em seu próprio trabalho.

*“(...) pra mim (a repolitização da saúde) seria reforçar o que já existe, mas tentando sensibilizar a começar pelos funcionários né, por que quem trabalha que seria os profissionais pra defender o SUS que a gente às vezes espera muito que a população faça isso mas muitos dos profissionais não fazem acontecer e não acreditam por não acreditar mesmo, então eles estão investindo bastante nesses... em nós né, que somos, fazemos parte aqui da ponte com a comunidade, então eu penso muito na questão da humanização deste vínculo, por que muitas coisas já acontece né, então não é nada mais novo que eles estão colocando a questão do pacto da defesa pelo SUS, não é novo é uma coisa que já vem a anos né, desde quando iniciou o SUS mas assim é... **o fazer acreditar pelo SUS é o fazer acontecer**”. (E1) (Grifo nosso)*

“Olha, eu pessoalmente, eu acredito que seja você defender, é... defender o que você mesmo faz na rotina, no dia a dia, no seu trabalho né, por que a gente acaba escutando muitas vezes, é... que o próprio trabalhador do SUS não utiliza o SUS né, isso talvez seja uma realidade né, seria uma forma de a gente defender nosso próprio trabalho e defender o SUS é utilizá-lo né”. (M1)

“(...) eu acho difícil falar na questão da defesa do SUS por que se nós não acreditarmos no SUS que nós trabalhamos, então nos não devemos estar nele ou nos acreditamos ou nós não acreditamos ou eu acredito no meu papel quanto enfermeira e na minha responsabilidade na microregião que eu to e qual é a minha função e exercer essa função colocando em prática os princípios do SUS para ajudar essa população para que eles tenham uma visão né ampliada é... para que eles enxerguem tenham um senso crítico (...)”. (E7)

“O que seria a defesa do SUS?... Eu acho assim, a gente acredita no trabalho do SUS né, no programa do SUS, é motivar o trabalhador acreditar nos trabalhos que eles fazem com a população, não vim aqui só pra trabalhar, a gente sabe que o trabalho contribui pra melhorar a qualidade de vida dos usuários e acredita no trabalho naquilo que você faz eu acho assim trabalhar os princípios do SUS mesmo, eu acho que a maioria as vezes a gente tá trabalhando e não sabe nem o que a gente tá fazendo aqui, se entro aqui caiu de para queda e vamos trabalhar, eu sinto isso assim, eu acho que a coordenação tem essa preocupação em passar pra gente a importância do trabalho que a gente faz em relação dessa gestão colegiada né, e em defesa da gestão do SUS assim da defesa do SUS é o trabalho mesmo aqui do atendimento a população”. (D2)

“Eu não sei se vou saber responder né, eu acho que a defesa do SUS é o que a gente faz aqui né, é que é o nosso trabalho né, assim que é tentar fazer um trabalho com qualidade, um trabalho em equipe, um trabalho colegiado, onde todos participem e que a comunidade também participe dessa gestão aí né, com a gente eu acho que é isso, a defesa do SUS (...) então eu acho que é isso que é defender o SUS a gente fazer o nosso papel de profissional ético né, em que a gente busca qualidade de serviço né não só a quantidade né (...)”. (E4)

Os entrevistados acima, D2 e E4, trazem, além da ideia de que o fazer do dia-a-dia do serviço de saúde é defender o SUS, a percepção de que aumentar a qualidade é defender o SUS. Os gestores precisam considerar a importância e a força dessa referência na percepção do trabalhador da coordenação da equipe de Saúde da Família, mas entendemos que a defesa do SUS também passa pela questão da luta política, reprodução ideológica, e que o trabalhador também pode e precisa se aproximar.

Percebemos, nas falas dos entrevistados E2 e D4, a dificuldade de relacionar a teoria do Pacto em Defesa do SUS com o trabalho, onde ou para que sistema trabalha. Nesse sentido, Merhy (2004) coloca que as relações macro e micropolíticas na saúde encontram-se na gestão do processo de trabalho e das organizações de saúde.

Assim, não é somente pelo conjunto dos trabalhadores que a defesa perpassa, mas por organizações, normas, estruturas, nível simbólico, e pelo movimento da constituição do Pacto pela Saúde, que é percebido como constituído por produção e incorporação tecnológica, pelos seus instrumentos palpáveis, com seus objetivos, prioridades, metas e indicadores, porém é preciso considerar que vai muito além, transcorre práticas cotidianas no complexo jogo das relações de trabalho entre os atores envolvidos em cena.

“Assim é... explicar assim teoricamente o que significa certo eu não sei, agora assim, na experiência que a gente tem, eu acho assim, que na implantação do SUS, nas suas diretrizes, assim da teoria, que é um sistema, um programa, muito bom, é um pouco complicado de conseguir né, por que tem questões aqui que a gente esbarra muito, a gente esbarra na intersetorialidade, esbarra no controle social, esbarra na falta de participação da população, é... esbarra no paternalismo né. (D4)

“isso assim é como tudo que coloca sobre o SUS, ele é perfeito né, (...) o que acontece é que muitas vezes essa relação da teoria e prática elas tem uma lacuna muito grande por que não são todos os profissionais que pensam daquela forma, não são todos os municípios que tem coordenação que pensam daquela forma (...) as pessoas que pensam o SUS, que respiram as políticas de saúde é muitas vezes assim... acaba teorizando e filosofando coisas que são muito longe da realidade né, eu acho que tá na hora de surgir pessoas que vieram da prática e pensar um pouco mais nisso para tentar trazer uma coisa mais próxima que seja mais real”. (E2)

Trazemos outro autor que analisa que a “lição que se tira desse processo é que precisamos estar alertas, pois nem todos que dizem defender o SUS o querem de fato” (CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR, 2007, p. 13).

Por fim, trazemos a fala de C2, que diz que o Pacto em Defesa do SUS ainda é uma questão pouca trabalhada, com pouco êxitos dentro do Pacto pela Saúde.

*“Então, a defesa do SUS, na verdade a gente não avançou muito, eu acho que assim, a questão da regulamentação da emenda constitucional vinte e nove que ela é uma potência para a gente defender o SUS né, enquanto financiamento... eu acho que os movimentos sociais ainda que foi quem criou o SUS, o movimento pela reforma sanitária é um movimento popular que eles estão apagados, eu acho que as instâncias que a gente tem de controle social elas normalmente operam pro forma né, (...) a gente percebe que a maioria dos conselhos tem uma certa manipulação né, hoje por exemplo nos conselhos locais, unidades a gente percebe que ninguém vai nas reuniões, tá esvaziado de comunidade, então assim, (...) os movimentos que deveriam trazer essa defesa do SUS estão se perdendo um pouco né, (...) e como fica isso né, então é um movimento político, por que não aprova a emenda constitucional vinte e nove né, então eu acho que assim, tem um movimento que assim, se coloca a defesa do SUS mas a gente não conseguiu avançar, eu acho que é um ponto do pacto que a gente precisa discutir mais, precisa repensar esses movimentos para a gente avançar na defesa do SUS **é um ponto que a gente não conseguiu desenvolver muitas ações para fortalecer o SUS**”. (C2) (grifo nosso)*

8. A CONTRIBUIÇÃO DA PRÁTICA NA PERSPECTIVA DO PACTO PELA SAÚDE: O SENTIR-SE PARTE DA “OBRA”

Partimos do princípio que o trabalho em saúde é um trabalho vivo, que se dá em ato, e que, portanto, os trabalhadores são sujeitos dessa “obra” em contínua construção que é o SUS, possível, em sua micropolítica, de ser analisado por seu sentido e na maneira como está sendo gerido, possibilitando que o trabalhador de saúde invente e reinvente novos e singulares processos de trabalho em saúde, questionando os velhos processos cristalizados no mundo do trabalho.

Consideramos que o Pacto pela Saúde traz uma proposta de como vai se dar a “obra”, então:

[...] mais do que questionar o que ocorre nos serviços a partir de um modelo a priori de organização do processo de trabalho em saúde, que dispute com o já dado, o já instituído, devemos desenvolver a capacidade de criar interrogações sobre o que está ocorrendo, abrindo possibilidade do trabalhador coletivo inventar modos novos e singulares de realizar o trabalho em saúde em situações concretas (MERHY, 2004, p. 135).

Se um desafio do Pacto pela Saúde é alcançar maior efetividade, eficiência e qualidade da resposta do sistema às necessidades da população (CONASEMS, 2006), nada melhor do que chamar para processá-lo quem de fato convive com a realidade local das necessidades da população, ou seja, os trabalhadores de saúde, que “em suas práticas portam de saberes tecnológicos e têm governabilidade sobre o processo de trabalho de produção de saúde” (MERHY, 2002).

Nesse sentido, consideramos que os trabalhadores de saúde são sujeitos protagonistas, pois concordamos com Campos (2000b, p. 228) quando diz que “em alguma medida, os de baixo metem sua colher de pau no cozido das necessidades sociais”.

Isso significa que os trabalhadores agem de forma interessada sobre a realidade e, por isso, o cenário de construção do SUS se dá antes de tudo em um campo de disputas e projetos. A maior riqueza nesse processo todo é que há, junto a estas disputas, espaços para pactuações diversas, que formam propostas e projetos sínteses que são potentes para atuar em saúde (Merhy et al., p. 13).

Trazemos para análise nessa temática os conteúdos de falas dos sujeitos entrevistados que nos ajudaram a compreender a relação construída pelos trabalhadores de saúde com seu processo de trabalho no espaço micro na perspectiva do Pacto pela Saúde na Atenção Básica, ou seja, o fato de sentir-se parte da “obra”, o SUS.

Identificamos na fala do coordenador da Rede de Atenção Básica, C1, que o Pacto pela Saúde favorece o exercício da avaliação das ações do dia-a-dia e aponta que a prática, para fazer sentido, não

pode ser um “fazer por fazer”, pois o fazer dos trabalhadores de saúde tem reflexos e resultados na realidade, perceptíveis por quem os avalia.

“(...) muitos indicadores na sua grande maioria vem com a participação de cada profissional né, porém ainda no meu olhar eu acredito que falta a pratica muito de gestão das pessoas, então faz e não tem como avaliar e o pacto ele vem trazer essa importância da avaliação que não é o fazer por fazer, o que eu faço tem reflexos e tem resultado né, que eu consigo me inserir e até me valorizar como profissional de saúde se eu entendo aquela minha ação, então se eu sei de um indicador que vai fazer a diferença na comunidade, naquele município fica mais tranquilo de trabalhar, esse é meu olhar, porém os profissionais de saúde na sua formação não tem a gestão então fica falha a avaliação do serviço por falta inclusive da formação”. (C1)

Concordamos com C1 quando menciona a importância da avaliação no processo de trabalho, que traz a co-responsabilidade do trabalhador e contribui para entender o significado de seu trabalho, fazendo a diferença na relação com o objeto de trabalho.

Encontramos nas falas dos trabalhadores de saúde vinculados à coordenação da equipe de Saúde da Família que, para intervir onde for mais necessário e contribuir com o que foi pactuado pelo município, é importante conhecer e lidar com indicadores como parâmetro para o trabalho.

“A partir do conhecimento do indicador, da variação do indicador, você pode lidar com intervenção né, então só discutindo o indicador é que você vai conseguir intervir naquilo que for mais necessário né”. (M1)

“Ah eu acho que sim, é como eu te falei né, por que assim, na área da saúde eu acho importante ter metas mesmo pra gente cada vez melhorar, tentar chegar naquele... às vezes né, na saúde assim, é difícil pensar em números né, mas assim, tem que ter né, eu acho que tem que ter aquele parâmetro de índice, por exemplo, de mortalidade infantil, a gente tem que tentar abaixar esse índice de mortalidade, melhor pra unidade é melhor pro município e melhor pra população, é... diminuir o índice de dentes cariados perdidos que são obturados né, que ótimo, eu acho que tem que ter sim...” (D3)

Percebemos, ainda, no conteúdo das falas de D1 e E7, que existe a compreensão da relação do trabalho executado com a pactuação das metas e indicadores municipais, com a percepção além do sentido do próprio trabalho, destacando-se a sua importância para o município.

“Ah sim, total relação (com seu trabalho), é onde aparece realmente o resultado né, é a onde a gente consegue ter um panorama maior do que o trabalho, do dia a dia num tempo maior, eu acho que é valido sim planejar junto e reconhecer que o resultado é positivo, que ta indo é... num rumo de evolução né, ou se a gente ta repetindo os mesmos erros do passado”. (D1)

“Sim por que influi diretamente né, essas pactuações, elas vão ta norteando as avaliações e também elas são cobradas pra ver se elas são realizadas efetivamente né, por exemplo, a vacina você tem que mandar um boletim da porcentagem que você atingiu, número de crianças que você tem na área e porcentagem que você atingiu, então existe um pacto, a cobertura é tantos por cento, você alcançou, você não alcançou, dá até para você saber aonde estão as falhas como que está acontecendo, como você vai agir”. (E7)

Identificamos na fala do ator D4 que a questão de entender o significado de seu trabalho para o desenvolvimento da prática é algo que permeia todas as relações dos atores envolvidos, inclusive internamente na Equipe de Saúde da Família e na relação com a comunidade, como observamos por meio da fala de E4.

“(...) às vezes você também está fazendo aqui no consultório, mas a unidade não está sabendo, então quando você coloca isso em reunião você consegue sensibilizar as pessoas da importância né, e às vezes, assim, consegue normalmente que eles também ajudem a atingir essas metas, (...) por exemplo, do bebê dente a gente teve a pouco tempo, assim, a gente fez um mapeamento, assim da quantidade de criança que a gente tinha, de quantos participa, de quantos não e aí nós fizemos todo um trabalho e fizemos em vários convites um monte, então os agentes começaram e tiveram que entregar um monte de consulta e então teve uma reclamação por que eles teve um aumento de trabalho para eles, então no começo foi meio complicado só que depois a gente conseguiu colocar os resultados disso e aí eles entenderam que o que eles fizeram foi importante né, de tanto bebês pelo menos teve um x que aderiu e continuou tratando e que né, que isso vai fazendo a diferença, então eles viram o resultado que no primeiro momento é só mais trabalho mais papelzinho para entregar então dá uma certa antipatia com o projeto assim né, mais aí depois você mostrando o que você conseguiu fazer é importante, que normalmente dá resultado e às vezes quando não dá você também procura fazer de outro jeito, mudar a estratégia”. (D4)

“(...) vinha muita gente na demanda pra falar sobre problemas de saúde, angustia, ansiedade, estresse, aí a gente criou junto com a equipe e a comunidade o grupo de reflexão (...) que não é um grupo criado que foi o Ministério da Saúde que mandou a gente fazer né, foi (...) a necessidade da nossa realidade, por que a gente notou que setenta e um por cento do que a gente atendia era de estressado, de pessoas depressivas, era incrível o que tinha de gente assim e a gente falou assim, o que a gente pode fazer para essas pessoas, por que elas vinham com dor no estômago, mas na verdade ela tava, queria chorar, queria conversar né, como que a gente pode fazer isso, então a gente criou esse grupo né, a gente não chamou de grupo de depressivos por que ia ficar muito ruim e aí a gente, eles deram o nome e foi grupo de reflexão, eles que criaram esse nome, (...) então foi uma necessidade da população e não foi uma coisa que veio de cima para baixo né, que também a gente cria através das metas que a gente tem aqui, através dos números que a gente tem, a gente consegue tentar, tenta mudar a realidade da gente e eu acho que a gente está conseguindo”. (E4)

Dessa forma, antes de iniciar um processo de avaliação, os trabalhadores de saúde precisam interrogar e tentar responder às questões: O quê? Para quê? Por quê? Como? Isso porque tais questões dizem respeito fundamentalmente a um certo rumo, norteados para o fazer, que deve ser competente no processo de produzir sujeitos. Além disso, responder a estas questões-índice também direciona um caminho a ser trilhado (MERHY et al., 2007), evitando que se caia no dilema de Alice, de que quando não sabemos onde queremos chegar, qualquer caminho serve.

Perguntou Alice ao gato:

– O senhor poderia me dizer, por favor, qual o caminho que devo tomar para sair daqui?

– Isso depende muito de para onde você quer ir, respondeu o Gato.

Alice – Não me importa muito aonde.

O gato respondeu – neste caso não importa qual caminho você vá... (Carroll, 2003, p.23).

*“(...) às vezes a gente trabalha, trabalha, trabalha e não vê pra onde a gente tá indo, o que a gente tá fazendo, então é muito importante pra gente vê o que está fazendo, pra gente poder parar pra planejar realmente o que a gente está fazendo pra adequar, por que às vezes você trabalha assim, que nem um louco e não tá fazendo adequadamente, então assim, a importância da avaliação desses objetivos, dessas metas é pra ver justamente se **você está indo no caminho certo**, mas o que eu sinto muita dificuldade e assim, muitas das vezes tem que adequar pra poder parar pra avaliar né, pra poder me planejar, pra ver se realmente o que eu estou fazendo tá adequado, às vezes a gente abaixa a cabeça trabalha, trabalha, trabalha e às vezes não tem esse momento pra avaliar”. (D2) (Grifo nosso)*

*“A gente tem que ter um parâmetro né, até pra gente saber qual a melhoria, se nós vamos precisar avançar a melhoria da qualidade, então assim, pra mim tem que ter um ponto né, tem que ter um x então né, por exemplo, cobertura de vacina eu tenho que saber quantas crianças que eu tenho e quantas são vacinadas, então tem que ter uma meta, eu tenho que reconhecer minha população né, não dá por que senão vou dançar, patinar no lugar, por que às vezes eu trabalho, eu posso trabalhar é... sei lá, achando que eu estou com baixa cobertura de papanicolau imagino que se eu não tiver uma meta cumpro e acho que minha cobertura de vacina tá excelente que todas as minhas crianças estão vacinadas mas se eu não tiver um parâmetro pra mim trabalhar esses dados **a gente não chega em lugar nenhum**”. (E1)(Grifo nosso).*

“Por que assim um tempo atrás (...) a gente tinha pelo menos uma vez por ano (...) uma reunião lá na secretaria aonde era passado é... como que tinha sido o nosso trabalho no decorrer do ano né, por exemplo, vamos supor, quantas gestantes eu tinha, quantas eu atendi, quantas foram para o ambulatório né, papanicolaou quantas mulheres eu tenho né, quantas eu consegui atender, a meta era quarenta por cento disso, hoje em dia a gente já não tem mais isso, então assim, eu não tenho parâmetros, entende, eu não tenho parâmetros de como que está é... como que está a saúde aqui em Marília, eu não sei”. (E5)

Entendemos que estas falas nos remetem às relações de contratualidades estabelecidas pelos trabalhadores de saúde, que no Pacto pela Saúde precisam estar claras por meio do diálogo e do entendimento de seu significado para atender às necessidades da população.

Para Merhy et al. (2007), essas relações de contrato e de acordos nem sempre são conhecidas e faladas, sendo necessário, para analisá-las, compreender que são construídas politicamente apesar de se apresentarem como técnicas. Dessa forma, [...] o modo como o processo de contratualização irá ocorrer não é único, depende das situações e das muitas maneiras como os atores expressam suas intenções, lugares e desejos, dos momentos de força que ocupam, dos modos como jogam no cenário, das suas acumulações ou não (MERHY et al., 2007, p. 20).

No cenário das relações de contratualidades do município de Marília, além da coordenação da equipe de Saúde da Família e a da Rede de Atenção Básica, existe um ator constituído por Grupos Técnicos dos programas assistenciais da Secretaria Municipal de Saúde que pode ter maior ou menor aproximação com o Pacto pela Saúde. Verificamos que estas contratualidades assumem roupagem técnica na forma de planilhas, reuniões, alimentação de base de dados etc.

A fala do coordenador da Rede de Atenção Básica, C1, se refere à forma como se dá a pactuação entre os atores: Grupo Técnico e coordenadores da Rede de Atenção Básica e coordenadores da Equipe de Saúde da Família.

“Essa pactuação foi bem forte entre os programas municipais de saúde por que eles já acompanham as equipes então, por exemplo, o programa de saúde da mulher ele senta trimestralmente com as equipes para avaliação nessa área, então nada mais justo do que ouvir quem esta na prática e aqui em Marília foi feito isso, então não saiu tudo da coordenação da atenção básica a gente tenta trabalhar em equipe também aqui na secretaria não é fácil, mas foram ouvidos todos os programas (...) para estar construindo junto e que não foi só da coordenação foi uma participação de todos os grupos técnicos da secretaria”. (C1)

Identificamos conteúdos ligados a essa pactuação entre os atores, no que diz respeito aos instrumentos de trabalho utilizados pela equipe de Saúde da Família em relação ao Pacto; assim como nas falas dos trabalhadores vinculados à coordenação da equipe de Saúde da Família, onde novamente encontramos uma percepção do sentido desse trabalho.

“(...) a nível central a gente tem os grupos técnicos né, tem saúde da mulher, saúde da criança, saúde do adulto, saúde mental, a... que mais que tem lá (risos) saúde mental e tem mais um outro lá, é... que eu estou esquecendo mas então a gente tem os grupos técnicos a vigilância epidemiológica, então a gente preenche planilhas em determinada época do mês mais ou menos até o dia vinte, eu preencho a planilha referente ao mês anterior o que aconteceu (...) esses grupos técnicos e às vezes, eles tentam passar para a gente o que são essas metas, por exemplo, na saúde da mulher as responsáveis, coordenadoras, elas passam, por exemplo na vigilância epidemiológica se eu tenho que atingir um número de idosos vacinados com a influenza, então eles fazem uma reunião antes de cada campanha né, e colocam qual é a meta esperada para esse anos e depois eles passam o feedback se o município conseguiu atingir a meta e se aquela determinada área, micro região, se ela conseguiu atingir ou não, ou se ficou muito fora”. (E6)

*“Tem as planilhas mensais onde tem a questão do papanicolaou, (...) os bebês de risco, o teste do pezinho é bom por que a gente tem atendido todas as crianças que nasceram realizaram realmente o teste do pezinho né, a BCG, o papanicolaou que da para a gente ver como que foi (...) naquele mês de coletas qual a população que abrangeu, quais que fizeram e quais não fizeram, tem a questão da demanda reprimida quantos pacientes foram atendidos quantos foram encaminhados, mas desses quatro que realmente necessitavam ser atendidos, quais poderão ser agendados, **dá para fazer uma análise do mês trabalhado na unidade**”. (E7) (Grifo nosso)*

*“Bom mensalmente a gente tem o fechamento né da produção do mês né e assim quando tem esse fechamento a gente senta em reunião de equipe com **toda a equipe para avaliar** assim com que foi a produção se foi o esperado e nela a gente vê principalmente a parte do atendimento mesmo, por exemplo quantos papanicolaou foi feito a parte de atendimento de hipertenso diabético as doenças mais prevalentes que foram atendidas”. (M2) (Grifo nosso)*

*“Ó é assim, a avaliação é feita todo o ano, todo o final de mês, então o que acontece, a gente pega toda a produção do SIAL, do SIAB (...) planilhas mensais que a gente manda que é de hanseníase, de tuberculose, de saúde da criança, de vacinação que mais... saúde bucal, o de bebê de risco, quantos testes do pezinho, quantas BCG, reunião de comunidade que a gente faz, então todo o final de mês quando a gente vai entregar isso, a gente **não faz***

isso só por fazer e simplesmente para entregar por que foi mandado, entendeu, **a gente utiliza esses dados** para a gente poder melhorar a equipe (...). (E4) (Grifo nosso)

Existem, nessas relações, momentos de exigências e chamadas para o cumprimento dos acordos firmados nos encontros entre Grupo Técnico e coordenação da Equipe de Saúde da Família, relativos ao preenchimento e envio para o nível central de planilhas e relatórios que contêm os dados de produção do dia-a-dia da Atenção Básica nos diferentes programas assistenciais da SMS. Para exemplificar, seguem as falas do D2, D3, D1 e E4.

“(...) existe uma exigência da coordenação, relatório mensal da coordenação de atenção básica que avalia todos esses dados né, das gestantes, do bebê dente, também tem os pacientes considerados de alto risco a carie que são pacientes que passaram pela lógica do município que pelo menos, pelo meu entendimento foi passado pra gente né, são pacientes que vieram no serviço odontológico e precisavam fazer um tratamento de canal, por exemplo, esse paciente é considerado paciente de risco, então daí ele tem prioridade no atendimento odontológico, então ele também entra na grade de prioridade que eu tenho que dar conta desses pacientes, gestante, hipertenso, diabético, é... e pacientes idosos eu tenho que, eu mando esse relatório mensal de todos os pacientes que eu comecei o tratamento e quantos que eu terminei mesmo naquele mês, o tratamento, o número de urgências que eu atendi, o número de demanda, o número de acolhimento que foram realizados, números de grupos de educação e saúde bucal que foram realizados números de visitas domiciliares que eu realizei no mês, o número de pacientes que eu encaminhei pra fazer o tratamento de canal quantos pacientes desse voltaram meu fizeram restauração do dente, que fez o tratamento de canal que concluiu o tratamento aqui então é um relatório que eu mando mensalmente é um controle mensal que eu mando por conta de ter essa requisição da coordenação”. (D2)

“Todo mês é exigido dezessete TCI, mas assim, tem mês que tem bastante feriado entendeu, tem mês que, por exemplo, mês de outubro tem a semana da sorria Marília, a gente diminui o atendimento clínico faz mas grupo e aí diminui também o número de TCI e assim tudo a gente tem um relatório né todo mês tem um relatório onde a gente justifica por que não foi completada a meta né, tantos dias de período de atendimento clínico diminuiu a gente tem tudo no relatório”. (D3)

“(...) campanha de vacina de... campanha de exame de prevenção tem sido mais freqüente né, todo ano, anualmente são feitos alguns levantamentos, alguns balanços, mas existem outros que realmente ficam a desejar, não tem uma periodicidade assim estabelecida, (...)”. (D1)

“(...) então assim, pra tudo isso, pra mortalidade materna, infantil, pra papanicolaou, pra saúde do idoso, pro diabéticos, pros hipertensos a gente sempre tem essas reuniões pra ta tentando, pra gente fica atento né, e cobrando de uma certa forma, eu não vejo como uma cobrança né, eu vejo com uma maneira de falar assim – oh, olha, presta a atenção, que a gente não ta vendo isso direito e isso ta crescendo, então assim, isso aqui foi pactuado, então eu tenho que cumprir pra manter a qualidade da atenção, então assim, eu sinto que é assim, de uma certa forma uma cobrança entre aspas né, quando a gente tem esse tipo de reunião na secretaria de saúde que são os grupos técnicos né, na saúde do adulto, da saúde da criança, nos tempos da saúde dos adolescentes de DST/Aids né, então assim, a partir desses grupos técnicos ele que vem falar isso com a gente e a coordenação da atenção básica também, ela esta sempre junto com esse grupos técnicos né apoiando”. (E4)

Percebemos, ainda, que os trabalhadores de saúde vinculados à coordenação da equipe de Saúde da Família incorporam em seus processos de trabalho as exigências mencionadas, no entanto não

excluem momentos de reflexões e questionamentos, como podemos identificar no conteúdo da fala do entrevistado E4, que exemplifica o combate à Dengue no município. Outros atores, M2 e D1, trazem a incompatibilidade de determinadas metas em relação às suas realidades locais, mostrando as suas potencialidades para construir e reconstruir a partir de certa realidade por eles vivenciada.

“Assim tem algumas coisas que são questionáveis, eu acho que assim, nem tudo, eu acho assim, que grande parte eu vou ser mais otimista, eu acredito que sim né, por que assim como eles propõe e muitas vezes eles pedem a opinião da gente eu acho que a gente consegue ta fazendo isso na unidade, mas também tem muito da vontade da equipe de saúde também, por que a gente propõe algumas metas para nós mesmos que às vezes eles mesmo não propõe para a gente poder trabalhar melhor, por exemplo (...) todos os bebes que nascem a gente tem uma planilha própria (...) a gente fez uma planilha só para esse tipo aqui, que não veio do município, do governo, não veio de nenhum lugar a gente é que esta fazendo isto, então, o que vem do município eu acho que de uma em grande parte eles ajudam (...) mas ai tem coisas da necessidade da gente (...) às vezes eles vem com um coisa assim, vamos ver só dengue... gente eu não posso acabar com uma coisa, com um trabalho que a gente ta fazendo de prevenção por exemplo, por que o que acontece, eles falam assim – agora a prioridade é dengue, pára tudo, você não faz reunião de equipe, você não tem educação permanente, o trabalho decresce, o grupo não da para fazer mais (...) por que você não ta fazendo com frequência (...) os hipertensos e diabéticos vão ficar de lado, as prioridades e gestantes, (...) então não é bem assim como foi discutido em reunião de equipe né, como que a gente vai fazer, se a gente vê essa prioridade da dengue mas também não deixar as outras prioridades, por que assim se eu for seguir o que eles pedem nesse sentido eu paro com tudo né, o que foi o que aconteceu no ano passado que nossos grupos estavam indo bem e eles decaíram de uma certa forma o ano retrasado também que teve o boom da dengue né, (...) então assim a gente tem que se organizar muito bem e planejar muito bem para a gente não se perder e conseguir atingir a meta da dengue mas também as outras metas que a gente tem né, por que a gente não pode esquecer que a gente está aqui para ver um todo não só para ver dengue né”. (E4)

“(...) metas para serem atingidas que... às vezes assim, ficam inviáveis para a gente né, a gente tá lá pra fazer setenta por cento de cobertura para a dengue, mas às vezes não tem como conseguir fazer isso, estou chutando um número né, mesmo assim a gente tem feito a AMQ que é a avaliação da melhoria da qualidade e tem alguns tópicos ali a gente vê que a gente não vai conseguir fazer isso né, (...) só que então, pára tudo para fazer uma coisa, sendo que não é a minha prioridade mesmo, e às vezes tem alguma coisa de cima que às vezes não enquadra na nossa realidade e a gente tem que aceitar, o que nós vamos fazer, mas é difícil”. (M2)

“É, normalmente são feitas as discussões em equipe pra ver a viabilidade de alcançar essas metas, são feitos planejamento pra poder alcançar algum objetivo que tá sendo proposto e dentro da realidade da social da comunidade, dentro da realidade do serviço, (...) das restrições de pessoal, de recursos humanos, de tempo, de varias condições de serviço a gente tem que alcançar. Algumas são mais reais outras a gente sente um impacto grande na dificuldade, por exemplo, agora tá saindo um planejamento pra combater a dengue que eles pedem oitenta por cento de visitas né, pra poder contar como sendo suficiente pra prevenção da dengue, mas assim lá na unidade a gente já percebeu cinquenta e cinco por cento é o nosso teto é difícil passar disso por que muitas pessoas não estão nas casas então é um bairro que tem muita gente trabalhando que fica fora de casa que não dá acesso ao serviço poder ser efetuado então algumas metas dependem pra gente alcançar dependem da nossa organização outras dependem realmente da comunidade onde a gente trabalha e como é são números generalizados pro município muitas vezes cada área consegue se destacar conforme a sua realidade”. (D1)

De acordo com Campos (1994), para organizar processos de trabalho comprometidos com a defesa da vida dos usuários, é imprescindível experimentar novos modelos de gestão em que os trabalhadores se reconheçam na sua obra; a gestão deve privilegiar as pessoas e não as estruturas.

É possível que o trabalhador de saúde, no processo de trabalho, assuma a autoria de sua obra, e de seu empenho com a obra ao interrogar o mundo de seu trabalho. Segundo Schraiber (1999) o “para quê?” e o “por quê?”, ou seja, as razões ou finalidades da ação, são elementos-chave para o entendimento da intencionalidade do trabalho nos planos ético e político. Como nos disse Testa (1995, p.49), “o processo de trabalho aparece como um elemento fundamental – uma determinação – na constituição dos atores”.

A fala C2 acredita na importância de articular melhor os diversos atores implicados no trabalho em saúde, levando em consideração a necessidade de considerar as realidades locais na determinação das prioridades de forma ascendente, desconstruindo uma prática fragmentada, o que pode fortalecer o Pacto pela Saúde na dimensão da gestão.

“(...) ele (refere ao Pacto pela Saúde) traz as prioridades em nível nacional né, mas dando essa possibilidade de você agregar a sua realidade, quer dizer, se você tem uma outra necessidade que não está contemplada ali, você deve colocar, você deve pensar e aí por isso que seria interessante você fazer essa proposta ascendente, por que você fazendo a fragmentada você acaba ficando só no modelinho do que está ali e você trazendo as pessoas para a discussão, você vai ampliar o olhar e aí você consegue qualificar e trabalhar realmente com a realidade e as necessidades”. (C2)

A fala de E2 também traz a percepção da importância de se trabalhar a realidade local, comentando o trabalho do Grupo Técnico de Saúde da Mulher que se aproxima do serviço de Atenção Básica em momentos de avaliação.

“(...) ocorre algumas reuniões de avaliação (...) com alguns setores da Secretaria da Saúde, então tem a avaliação da saúde da mulher, tem a avaliação com a saúde da criança, nós sentamos discutimos a realidade né, é assim que eu acho interessante na saúde da mulher, ela não unifica o município, ela faz reunião por região né, então ela vem até a unidade, por exemplo, ela vai numa UBS, ela convida os PSF ao redor mais essa UBS e faz essa avaliação ali da saúde da mulher né, do pré-natal daquela região”. (E2)

O mesmo trabalhador traz um exemplo de como, muitas vezes, a equipe ressignifica a meta pactuada para que faça sentido frente à realidade, num movimento de identificação/implicação com a obra.

“(...) um momento de reflexão sobre aquilo que nós estávamos fazendo e isso fez com que a equipe parasse para pensar, deixa eu exemplificar, a gente tinha a nossa preocupação, da unidade, é que a gente tinha um número muito grande de gestantes adolescentes isso sempre foi uma pedra no nosso sapato, por que sempre foi estabelecido que as gestantes adolescentes são gestantes de risco que não era conveniente, que a unidade tinha que trabalhar e estar conscientizando o uso de preservativo e métodos contraceptivos orientando sobre DST e tal, só que a realidade daqui não é essa elas querem engravidar na adolescência, então o que fazer com esse desejo, por que existe um desejo e aí nós

trabalhamos junto com a coordenação de saúde da mulher, saúde da criança e a coordenação da atenção básica e todos nós juntos com a equipe, nós chegamos a conclusão de que o papel da unidade nisso é de apoiar essas adolescentes em um ótimo pré-natal e numa orientação nesse pré-natal pra que ela venha a ter uma gravidez saudável, um bebê saudável, um aleitamento saudável e que ela possa planejar uma outra gestação de forma... e que venha uma gravidez desejada, um momento melhor, que ela entenda esse processo, que ela amadureça também, então é aí que se estendeu um pouco mais o seu papel e nós não brigamos com as adolescentes né, não vamos, não batemos de frente, nós tentamos acolher né, orientamos lógico, nós não queremos né, que todas saem por aí ficando grávidas né, e muitas vezes é deixando de estudar e outras coisas, mas aí quando engravida nos fazemos grupos orientamos ou tentamos no pré-natal resgatar essa adolescente ver o que ela está pensando por que ela engravidou por que ela parou de estudar e incentivar voltar a estudar. (...) Nós chegamos a conclusão que assim, que a meta de não ter gestantes adolescentes não é para nós, a nossa realidade não é não ter gestantes adolescentes é ter gestantes adolescentes em pré-natal em acompanhamento regular, sobre os cuidados né, e co-responsabilidade com a unidade". (...) nós paramos para pensar nisso, é... por que foram momentos muito ricos mesmos, por que era uma angústia da equipe toda, era uma angústia da agente comunitária, da auxiliar de enfermagem, do médico, do enfermeiro, do dentista e assim, a gente olhando para a nossa realidade, a gente não sabia mais o que fazer, por que a princípio o nosso medo, assim... não podemos ter gestantes adolescentes né, e na verdade o foco não é isso a gente pode ter, mas assim como nós vamos cuidar desse pré-natal". (E2)

Segundo Merhy et al. (2007), o segredo em situações reais é olhar e analisar cada situação na sua singularidade, mesmo que ela exponha a natureza geral e particular do conjunto das relações sociais e históricas que estão contribuindo para delimitar os territórios dos atores em cena. Isso implica significar as metas pactuadas, por meio do Pacto pela Saúde, a partir das realidades singulares de cada equipe de Saúde da Família.

Porém, no contexto atual, as falas dos entrevistados D1, M4, E7, E2 apontam que os elementos do Pacto pela Saúde chegam de forma filtrada, com metas homogêneas para o município que fazem confronto com a realidade local da Atenção Básica e, assim, discutem que a realidade das áreas não são homogêneas, sendo necessárias metas diferentes para um mesmo município.

"É, seria muito mais fácil trabalhar sobre os planejamentos mesmo né, sobre as metas propostas pra que ficassem uma realidade do município mais homogênea, mas a gente vê que as características de cada unidade, de cada grupo vai destacando pra um tipo de sucesso ou insucesso, mas o ideal é trabalhar sobre metas mesmo". (D1)

"Então, eu acho que em um primeiro momento a meta ela é importante só que uma meta muitas vezes por uma determinada região ele pode até ser fácil de ser alcançada, mas para outra não, por que as realidades são diferentes, então eu acho que trabalhar com uma meta única para determinada... pro município para todas as unidades eu acho meio complicado por que você tem perfil de populações diferentes dentro do município". (M4)

"(...) por que muitas vezes as intervenções tanto a que vem de cima para baixo não condiz com a realidade da população que você atua então se você conhecer o ambiente, o cenário onde você está inserido as suas ações são mais efetivas (...)" (E7)

"(...) pelos menos aqui, a gente tentar observar ou trabalhar mais com a nossa realidade né, então, a minha realidade ela não é igual a realidade de outras unidades de saúde e eu preciso olhar para isso em outras unidades você não teria surto de hepatite A e eu tenho aqui né, em outras unidades você não teria um número muito grande de tuberculose, e aqui

eu tenho por conta da dos riscos que existem da área né (...) então, as minhas estratégias aqui precisam ser diferentes, nós precisamos olhar de uma forma diferente (...) que apesar de terem as metas do município eu tenho que olhar, não que... às vezes a gente nem consegue tudo, mas a gente tenta olhar para nossa realidade". (E2)

Para trabalhar as distintas realidades, partimos do princípio de que é relevante um saber local que depende da articulação dos diversos atores sociais em cena e da possibilidade de explicação das várias formas de ver o mundo, o cotidiano e os problemas percebidos, necessariamente abrindo-se ao diálogo.

O diálogo ao qual nos referimos significa olharmos também o cotidiano mediante a ótica do trabalhador. Como nos esclarece Paulo Freire (1997), só assim é possível compreender suas necessidades reais, pois quem observa algo sempre o faz a partir de um ponto. Assim, nenhuma observação é neutra.

Portanto, trata-se de um diálogo que parte da premissa da construção conjunta, da participação dos trabalhadores de saúde nas pactuações das metas municipais relativas ao Pacto pela Saúde.

Concordamos com Motta (2002), quando diz: [...] a participação facilita a satisfação de necessidades de realização pessoal e profissional à medida que possibilita a expressão e o uso das potencialidades de contribuição de cada pessoa. E ainda mobiliza esforços e acrescenta habilidades individuais, que separadamente seriam inúteis ou impossíveis de se utilizar. (p. 162).

A participação na fala do trabalhador de saúde vinculado à coordenação da equipe de Saúde da Família, E6, é considerada importante por refletir a oportunidade de dimensionar o todo da "obra", como uma forma de reconhecer sua realidade local inserida no contexto do município.

"Ah, muito importante né (a participação), muito importante, por que aí você consegue também ter uma avaliação não só da sua micro região ali, mas também do como que está esse município, com ele está caminhando, eu acho muito importância essa participação né, não fica só ali em nível central: a gente decide, a gente discute, a gente cobra de vocês, tem que conhecer um pouco qual é a nossa realidade". (E6)

Percebemos, em algumas falas, iniciativas dentro das quais os trabalhadores de saúde estão sendo convidados a participar na construção e/ou mudança no sentido de viabilizar e operacionalizar as metas, indicadores, prioridades no cotidiano da Atenção Básica. O conteúdo da falas de D1 se refere a momentos vivenciados recentemente em que a gestão municipal ouviu as experiências das realidades locais.

"As vezes existem discussões dessa, mesmo da dengue foi feito uma reunião com o representante de cada unidade de saúde do município não só do nível superior como também agente comunitário por exemplo eu estou de citando foi a última e onde foram todos ouvidos dentro da suas experiências das suas realidades e aí a coordenação da atenção básica fez um balanço final propondo novas metas que fossem condizentes com aquilo que o pessoal da ponta indicava né, por que uma coisa é a parte teórica que eles absorvem das políticas públicas e outras são e outra forma de casar isso aí é ouvir o funcionário que está lidando diretamente ali no dia a dia da população. (D1)

“Em algumas alguns instantes a gente tem sido convidado sim, por exemplo, mês passado houve a criação da secretaria municipal da juventude onde foi todos, fomos convidados, um representante de cada unidade pra falar da realidade da juventude da sua área, pra propor algumas melhorias e sugestões e críticas, pra construí uma secretaria que fosse de apoio pra secretaria da saúde (...).” (D1)

“(...) uma ou outra participação que eu estou me lembrando aqui que foi mais efetiva foi a construção da classificação de risco que houve nesse ano, também dos acolhimentos né, pra poder direcionar corretamente o foco de atendimento dos pacientes, se era na unidade de saúde, se era no pronto atendimento, se é no hospital das clínicas, nível terciário, então, isso também foi bastante participação dos profissionais da ponta pra poder esclarecer a realidade ali do dia a dia e poder clarear pros coordenadores, é... como colocar no papel né, como teorizar a nossa prática, mas momento avaliativo na verdade são mínimos a participação.” (D1)

As falas de E1, E4, E6 também nos trazem exemplos de momentos de uma participação dialogada na tentativa de ouvir e considerar o trabalhador de saúde que, na realidade local, cria direcionamentos, estratégias e ações envolvendo todos os membros da Equipe de Saúde da Família.

“(...) por exemplo, há duas semanas recebemos um convite pra discutir sobre metas, estratégias é... da dengue, no combate a dengue, então nos tentamos juntos é... foi representante da unidade, foi enfermeiras, agentes comunitário, é... o pessoal da zoonoses, o pessoal da vigilância epidemiológica tem envolvimento, por exemplo, e o pessoal da coordenação básica, então foram várias pessoas representantes de várias áreas né, uma da ponta outra lá do papel, mas o que nos tentamos traçar estratégias pra dois mil e dez, isso vem acontecendo em alguns momentos pra algumas coisas, não é pra tudo né, toda cobertura todo mas, por exemplo, pensando nesse pra dengue isso ta acontecendo, estratégias que o município esta tomando, então não ta sendo só com o pessoal específico que trabalha lá com essa papelada lá em cima então ta sendo vista um pouco da nossa realidade né, da realidade aqui de como, de que forma que cada um poderia ta contribuindo e qual o melhor caminho. (...) neste momento sim, vem acontecendo e acho que algumas outras coisas que agora eu não consigo ta lembrando mas algumas vezes isso acontece sim”. (E1)

“(...) por exemplo, esse ano, esse mês a gente teve uma oficina sobre dengue, então assim, foram feitas propostas para o planejamento de dois mil e dez né, então nesse momento houve a participação não só do nível superior que seria o médico, o dentista e o enfermeiro, mas houve também dos agentes comunitários, supervisor de dengue né, determinadas áreas já está sendo trabalho dessa maneira e outras ainda não, como por exemplo, saúde do adulto, saúde da mulher né, ainda não, então eu acho que ainda a gente esta no meio, aí... do caminho né, começando”. (E6)

“(...) da dengue eles fizeram as metas que a gente tem que cumprir, as atividades que a gente tem que cumprir através de oficinas, entendeu, e aí assim a gente dava opinião, Ah eu acho que dá para fazer isso, eu acho que dá para fazer aquilo (...) era com o supervisor, um agente comunitário, representante de cada unidade e um enfermeiro, médico e um técnico, dentista, representante de cada unidade e aí a gente ia lá e discutia sobre as atividades a serem feitas além disso os supervisores discutiram lá entre eles os supervisores da dengue depois isso foi levada para a reunião de equipe por exemplo, e a gente discutiu entre a gente a nossa organização pra atingir a meta então eu acho que eles levaram em consideração sim tanto é que assim eles vão levar também a nossa idéia né, eu acredito que eles levam em consideração por que a gente fez o que a gente acha o que tem que mudar daquilo tudo que eles colocaram no papel e mandaram para a gente que foi a gente mesmo que participou mas que pode ser que a gente queira mudar alguma coisa gente ta mandando para ver se eles também podem alterar de uma maneira que no meu dentro do meu trabalho dentro da minha necessidade do trabalho

dentro da minha área de abrangência também a gente possa mudar alguma coisa pra gente ta respondendo ai a necessidade nas áreas de abrangência". (E4)

Já em outras falas de entrevistados, identificamos que a expectativa de envolvimento com a "obra" é relativa ao conhecimento e participação na elaboração das metas municipais pactuadas, sendo relatado que não são comunicados sobre quais são as metas, sendo que no dia-a-dia do trabalho da Atenção Básica, podem chegar a atingi-las, porém sem saber que elas faziam parte de uma das metas pactuadas.

"(...) se a gente soubesse melhor na íntegra e às vezes também até participasse dessas discussões de desenvolver metas, até para propor ações, a gente conseguiria ate atingir mais a meta mais facilmente né, por que às vezes assim... a gente nem conhecendo direito, às vezes, a gente atinge a meta sem saber que era uma meta para a gente atingir né". (M2)

"(...) eu acho que assim, talvez se eu conhecesse melhor, eu acho que talvez eu pudesse desempenhar minha função de uma forma melhor e ai eu acho que poderia até ter uma contribuição maior para que o pacto funcionasse, por que a partir do momento que eu desconheço eu nem sei se eu estou contribuindo, essa é que é a verdade por que se eu desconheço uma coisa eu não sei se aquilo ao qual eu estou fazendo está dentro daquilo que se espera ou não e se eu estou contribuindo de algum forma para que isso de certo". (M4)

"(...) talvez eu to conseguindo aqui, que nós da equipe, aqui nesse nosso pedaço atingir o que eles querem e algumas dessas metas e que eu não sei quais seriam né, mas nós no bom senso estamos fazendo o melhor para a população". (M3)

"Eu não sei te dizer assim, certamente, a onde que contribui, mas eu acho que pelas metas do município eu acho que sim o município acaba é direcionando ao nosso trabalho pra que consiga atingir essas metas agora eu não sei te dizer eu faço isso pra conseguir atingir essa pacto essa meta do pacto pela saúde. Eu acho que sim algumas situações claramente sim né por exemplo a questão das metas da mortalidade infantil né a questão da mortalidade infantil acaba refletindo no meu trabalho também na questão por exemplo mais especifica do atendimento a gestante mas algumas coisas eu não sei te dizer se claramente atingi assim no meu trabalho vai atingir essas metas". (D2)

"(...) a gente não é comunicado qual que é a meta que eles estão pactuando né, não é repassado isso para a gente não, é... eu acho que com certeza o que eles pactuam lá em cima vai impactar no meu serviço, mas a gente não tem noção do que é pactuado não (...) a gente não tem conhecimento de quais são as metas, o que foi acordado". (M5)

Inclusive, percebemos em algumas falas, que esses profissionais mencionam a necessidade de dialogar com a coordenação da Rede de Atenção Básica, a fim de qualificar o processo de planejamento e desfazer a forma verticalizada da articulação entre as coordenações.

"(...) muitas vezes quem está lá na coordenação não sabe o que é vivenciado na ponta, as dificuldades né, que a gente tem que passar, então, colocando a realidade em cada local, por que cada local tem a sua peculiaridade (...) a gente não vê muito falando em planejamento estratégico, fala assim, tem que fazer o planejamento, mas ninguém senta e fala: - olha o planejamento é feito assim, o planejamento é feito assado, as fases do planejamento são essas, só fala assim: - tem que fazer o planejamento, só que cada um por si, por que ai cada um vai identificando a sua área as suas necessidades (...)" (E7)

“(...) é pouco discutido, a gente sabe das metas, mas assim, não traça planos, não costuma discutir, mesmo sentar e ver o que vamos mudar se acontecer alguma coisa (...) eu sinto falta de um planejamento mais claro, eu diria... por que assim, todo mundo sabe que, assim, ah... quantas visitas eu tenho que fazer, quantos hipertensos eu tenho que atender, mas assim, não parece uma coisa bem delimitada de metas, de número né, então assim, a gente não faz isso de... de repente chegar em seis meses e quantos hipertensos são faltosos, essas coisas assim, tem o sistema do Hiperdia que a gente alimenta, mas assim, tem erros de digitação, tem algumas coisas que a gente não consegue puxar esses dados, não é todo mundo que sabe mexer, então a gente tem essas dificuldades né, pra sentar com a equipe e planejar e mesmo falta de tempo, a gente acaba não fazendo isso, então a gente tentar fazer algumas coisas, mas de vários indicadores a gente não faz”. (M2)

“Eu acho que, por mais que diga assim, que a gente que é assim que é levado em consideração a nossa opinião (...), no nosso dia a dia tem algumas coisas que são demandadas né, ou a gente está acatando e tem que fazer dentro da unidade, a gente esta tentando coordenar de melhor maneira possível né para a população e para quem trabalha aqui dentro só que é complicado eu acho que a gente esta vivendo um momento complicado né”. (E5)

Esse diálogo é reforçado pela percepção do coordenador da Rede de Atenção Básica, quando fala sobre a necessidade de maior aproximação com os coordenadores das equipes de Saúde da Família:

“Essa conversa ela ainda ta bem técnica assim em Marília né, a gente tem feito aqui na secretaria (...) a gente tem reunião mensal todo o mês com a equipe técnica, mas a nossa preocupação para com as equipes foi já feito algumas aproximações a apresentação do pacto já foi realizada com todas as suas equipes né, eu particularmente acredito que tem que ter várias aproximações por que é um assunto que para eles querendo ou não ainda é novo né, e ai precisa de mais aproximações”. (C1)

Mesmo frente à participação relativizada vivenciada no município, os trabalhadores vinculados à coordenação da equipe de Saúde da Família consideram que o desenvolvimento de seu trabalho no cotidiano pode contribuir para o cumprimento das metas pactuadas. Observamos pelas falas do M1, E4, M2, E1 e E2 que se sentem co-responsáveis pela construção da “obra”.

“Tem, tem relação sim né, por que se a gente não tenta de alguma forma, tenta estratégias pra alcançar esses... essas metas a gente não vai ta contribuindo com as metas do município né”. (M1)

“Enquanto equipe, eu acredito que sim (...) se eu alcanço a meta da pólio, eu alcancei a meta do município, assim pelo menos eu ajudei a contribuir né... se eu alcanço a meta do papanicolaou, eu contribui também para o município, então assim, se cada um fizer a sua parte a gente contribui com o pacto do município com um a parte maior né”. (E4)

“Acredito que assim, alguns indicadores é o meu trabalho que vai refletir também (...)”. (M2)

“(...) se a gente for ver todo o contexto então a equipe contribui muito, se nós não tivermos atento, não fazer acontecer, não adianta ter a gestão lá em cima”. (E1)

“(...) por que ele é feito em cima do nosso trabalho né, em cima daquilo que a gente realiza, então, é... até assim, nos possibilita olhar melhor para aquilo né, não ficar só fazendo mas, pará e pensa o que eu fiz, que impacto que isso teve na minha população e que qualidade que isso teve, então a gente discuti nesse sentido, só que são coisas que infelizmente acabam se perdendo não tem sido freqüente antes eu acho que era mais freqüente”. (E2)

Como observamos na análise das falas anteriores, é essencial a ideia de experimentar um movimento democratizante nos espaços em que é tecida a micropolítica do processo de trabalho, como podemos observar na fala de C2.

“(...) a hora que a gente conseguir fazer essa questão da democracia, envolvendo as pessoas, fazendo coisas ascendentes, entendeu e se a gente conseguir avançar nessa coisa do conjunto, do coletivo eu acho que o pacto vai fazer muito mais parte da nossa rotina do que faz hoje, entendeu”. (C2).

Para Campos (2000a), a co-gestão de Coletivos Organizados para a produção se propõe a trabalhar com sujeitos e Instituições. Um movimento que interfere e modifica o outro a todo o tempo.

Pensar novos valores e uma nova ética; mas tratar de organizar uma vida material que estimule a lógica da co-gestão e não a outra da dominação. Pensar não dispositivos de controle, mas na construção de capacidade de instituir compromissos: a base da co-gestão, ninguém governa sozinho. Tomar à assunção de compromissos e a autonomia do Sujeito como uma relação dialética, uma relação indissociável de modo como se opera a relação entre democracia e instituição (CAMPOS, 2000a, p. 44).

E assim, a análise dos conteúdos das falas apresentadas nos permitiu duvidar, analisar e revelar os sentidos e a direcionalidade do processo de trabalho em saúde a partir da implicação e percepção dos trabalhadores de saúde vinculados à coordenação da Equipe de Saúde da Família, na forma de gestão colegiada: enfermeiro, médico, dentista das respectivas USF selecionadas e todo trabalhador de saúde vinculado à coordenação da Rede de Atenção Básica de um município do estado de São Paulo, na perspectiva do Pacto pela Saúde.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho realizado não se propôs esgotar as percepções e implicações micropolíticas, na relação com a prática cotidiana dos trabalhadores de saúde e nem concluir em um pacote único que transportado para cenários diversos dê conta de suas realidades e sim explicitar novos olhares de atores sociais que protagonizam no seu “café com leite”, em seus processos de trabalho o Pacto pela Saúde. Compreendemos que este processo é histórico-situacional, sujeito a múltiplas compreensões.

Dessa forma, a escolha por retomar o histórico da Reforma Sanitária, no intuito de trazer para o palco os atores sociais trabalhadores de saúde que militaram na construção do panorama de políticas de saúde, potencializando um caminho para e do SUS.

Hoje, vivenciar o contexto histórico das políticas de saúde possui o mesmo sentido, quando os trabalhadores de saúde também têm a mesma possibilidade de se envolver na construção e na defesa do SUS, que atualmente assume em sua operacionalização a forma do Pacto pela Saúde.

Falando na defesa do SUS, objeto de uma das dimensões do Pacto, percebemos que os entrevistados deste estudo, vinculados à coordenação das equipes de Saúde da Família, apresentaram a percepção de que o fazer do dia-a-dia do serviço de saúde é defender o SUS, calcado no “crer” de seu próprio trabalho. Esta é uma perspectiva importante, em especial quando analisamos a micropolítica, mas entendemos que a defesa do SUS também passa pela questão da luta política, que o trabalhador também pode e precisa se aproximar.

Ainda a esse respeito, retomamos os pressupostos desta investigação de que, para que a realidade se torne permeável a essa possibilidade de se envolver na construção e defesa do SUS, é necessário que cada um dos atores envolvidos neste sistema de saúde compreenda o seu papel, assumindo atitudes de co-responsabilidade neste processo. As mudanças propostas pelo Pacto pela Saúde dependem, na prática, também das contratualidades desses trabalhadores de saúde implicados com o processo de produção da saúde; dessa forma, o trabalhador de saúde precisa se fazer envolver nas contratualidades do Pacto pela Saúde, já que todos somos, de uma maneira ou de outra, atores do que ocorre na saúde.

O exercício da análise nos permitiu explorar o quanto uma política nacional pode ser percebida no cotidiano de trabalho pelos trabalhadores de saúde vinculados à coordenação da Equipe de Saúde da Família e vinculado à coordenação da Rede de Atenção Básica, resultando em processos de mudanças. Isso foi possível ao adentrarmos no espaço micropolítico no âmbito do trabalho desses atores, sujeitos da pesquisa, na perspectiva do Pacto pela Saúde.

Assim, frente à possibilidade de aproximação dos sujeitos do estudo com o Pacto pela Saúde, encontramos conhecimentos genéricos e superficiais relativos à abordagem direta quanto ao Pacto por parte dos trabalhadores da saúde vinculados à coordenação da Equipe Saúde da Família, revelando

inicialmente um vazio teórico e percepção de distanciamento na elaboração do Pacto frente às realidades do cotidiano dos serviços.

Esse distanciamento se justifica pelo processo de construção das metas municipais ainda se darem numa lógica setorizada, por programas verticais, sem a participação dos atores que desenvolvem as ações previstas. Além disso, acreditamos que a pouca aproximação quanto ao teor teórico do Pacto pela Saúde pode estar relacionado, provavelmente, pelo momento histórico, relativamente incipiente, do produto do Pacto pela Saúde no espaço micro.

Entretanto, apesar deste contexto, verificamos que o Pacto ancora o processo de trabalho, quando nos relatos das cenas do dia-a-dia trazidos pelos entrevistados surge a expressão das prioridades e metas pactuadas pelo município, nas atividades desenvolvidas no cotidiano do trabalho na Atenção Básica.

Desse modo, entendemos que o trabalho em saúde na perspectiva do Pacto não pode ser um “fazer por fazer”, é necessário que faça sentido para quem o efetiva nos espaços mais micropolíticos, pois o fazer dos trabalhadores de saúde tem reflexos e resultados na realidade. Para tanto, depende da articulação dos diversos atores sociais em cena e da possibilidade de explicação das várias formas de ver o mundo, o cotidiano e os problemas percebidos, necessariamente abrindo-se ao diálogo.

Por outro lado, se a percepção dos trabalhadores de saúde em relação ao Pacto é frágil, isso não necessariamente acontece com a sua implicação com a construção da “obra”. Encontramos trabalhadores que consideram que o desenvolvimento de seu trabalho no cotidiano contribui para o cumprimento das metas pactuadas no município, inclusive com momentos onde a equipe Saúde da Família ressignifica a meta pactuada, para fazer sentido a partir das realidades singulares de cada equipe.

Isso não exclui que a implicação tenha relação como o conhecimento e participação na elaboração das metas municipais pactuadas, tendo em vista relatos de trabalhadores de saúde que não foram comunicados sobre quais são as metas, sendo que no dia-a-dia do trabalho da Atenção Básica, podem chegar a atingi-las, porém sem saber que elas faziam parte de uma das metas pactuadas. Foi apontado que os elementos do Pacto pela Saúde chegam de forma filtrada, com metas homogêneas para o município que fazem confronto com a realidade local da Atenção Básica, sendo necessárias metas diferenciadas para o mesmo município.

Encontramos também momentos de uma participação dialogada, na tentativa de ouvir e considerar as realidades locais dos trabalhadores de saúde, a exemplo do combate da dengue no município, e estratégias como Educação Permanente e Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família sendo utilizadas como formas de transformação do trabalhador em sujeito, colocando-o no centro do processo, permitindo ao trabalhador de saúde inventar e reinventar novos e

singulares processos de trabalho em saúde, interrogando os velhos processos cristalizados no mundo do trabalho.

Consideramos que é possível o trabalhador de saúde, no processo de trabalho, assumir a autoria de sua “obra”, e de seu empenho com a “obra”, ao interrogar o mundo de seu trabalho, possibilitando o entendimento da intencionalidade do trabalho nos planos ético e político.

E assim, este trabalho nos permitiu pensar, analisar e revelar os sentidos e a direcionalidade do processo de trabalho em saúde a partir da implicação e percepção dos trabalhadores de saúde, na perspectiva do Pacto pela Saúde.

Por fim, deixamos como contribuição a idéia de que muito ainda precisa haver diálogo sobre o Pacto pela Saúde como instrumento de gestão, a fim de aproximar os trabalhadores de saúde da construção de sua “obra” para com a “obra” e constituí-la a partir daquilo que acontece na realidade local, possibilitando fazer sentido para quem a efetiva com possibilidades de processá-la nos espaços da micropolítica do trabalho em saúde.

REFERÊNCIAS¹

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995. 226p.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Lei federal no. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 19 set. 1990a. p. 18055.

BRASIL. Lei federal no. 8142, 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 da saúde e da outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 dez. 1990b. p. 25694.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 692. Programas de Agentes Comunitários e Saúde da Família: PACS/ PSF. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 1994. p. 4572.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 267. Reorganização das Ações de Saúde Bucal na Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 07 mar. 2001. Seção I, p. 67.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006: consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União**, 22 fev. 2006a. Seção I, p. 26.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 6023

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação de apoio à gestão descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Regulamento dos pactos pela vida e de gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Dialogando sobre o pacto pela saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. Série B. Textos Básicos de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648. Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, 28 mar. 2006e. Seção I, p. 71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 91. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores e estabelece os indicadores do Pacto pela Saúde, a serem pactuados por municípios, estados e Distrito Federal. **Diário Oficial da União**, 10 jan. 2007a. Seção I, p. 33.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proesf 1 (2003/2007)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/proesf/proesf1.php>>. Acesso em: 05 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. **Diário Oficial da União**, 24 Jan. 2008a. Seção I, p. 47.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 325. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. **Diário Oficial da União**, 21 fev. 2008b. Seção I, p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proesf 2 (2008/2011)**. Brasília: Ministério da Saúde, [2009?]. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/proesf/proesf2.php>>. Acesso em: 05 mar. 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. **Expansão do saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/proesf/expansao_sf.php>. Acesso em: 05 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família.** [2005?]. Disponível em: <<http://dtr2002.saude.gov.br/proesf/autoavaliacoesf/index.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2010.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes:** teoria e prática. 3. ed. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos tempos, 1996. 235p.

BUENO. W. S.; MERHY, E. E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE ON-LINE, UMA PROPOSTA EM CONSTRUÇÃO. **Anais eletrônico...** 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2009.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma:** repensando a saúde. São Paulo: Hucitec, 1991.

CAMPOS, G. W. de S. Considerações sobre a arte e a ciência de mudança: revolução das coisas e a reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde.** 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. cap. 1, p. 29 - 87.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229 - 266.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos:** a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000a.

CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, p.219-230, .2000b.

CAMPOS, G. W. de S. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p.1865-1874, Nov. 2007.

CARROLL, L. **Alice no país das maravilhas.** 2. ed. São Paulo: Sol, 2003. 152p.

CECÍLIO, L. C. de O. O “trabalhador moral” na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 22, p.345-63, maio/ago. 2007.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR. Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade? – Passo Fundo: IFIBE, 2007. Nº 48p.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE – CONASEMS. **A história do CONASEMS**: da fase heróica da década de 80 ao desejo de mudança do modelo de atenção e gestão dos anos 2000. [2006?].

FREIRE, P. **Educação e mudanças**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. Brasília: IBGE, 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2009/estimativa.shtm>>. Acesso em: 16 ago. 2009.

LINDO, A. C. V. C. Pacto da redução do óbito infantil no município de Piracicaba (SP): a gestão participativa por intermédio da intersetorialidade e da mobilização social. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Prêmio Sergio Arouca de gestão participativa**: experiências exitosas e trabalhos acadêmicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. p. 66-73. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

MACHADO, R. R.; COSTA, E.; ERDMANN, A. L.; ALBURQUERQUE, Q. L.; ORTIGA, A. M. B. Entendendo o pacto pela saúde na gestão do SUS e refletindo sua implementação. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 187-7, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a23.htm>>. Acesso em: 20 mar. 2010.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. A micropolítica do processo de trabalho em saúde – revendo alguns conceitos. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 61-66, jan./jul. 2003.

MARÍLIA. Prefeitura Municipal de Marília. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão 2008**. Marília, 2008. 320p.

MARÍLIA. **Relatório Municipal de indicadores de monitoramento e avaliação do pacto pela saúde: prioridades e objetivos.** Marília, SP, 2009. Disponível em: <http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/rel_individual_pactuação.asp?nu_ano=2009>. Acesso em: 04 mar. 2010.

MATTOS, R. O incentivo ao PSF e seu impacto sobre as grandes cidades. **Physis – Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 77 – 108, 2002.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento.** 2003. 186f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92p.

MENDES, E. V. **Agora mais que nunca, uma revisão bibliográfica sobre a Atenção Primária à Saúde.** Belo Horizonte, [2009?]. Trabalho preparado para a Organização Mundial da Saúde e Ministério da Saúde.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MERHY, E. E. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p. 305-314, 1999.

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

MERHY, E. E. Ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **VER-SUS/Brasil: cadernos de textos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 109 – 136.

MERHY, E. E.; MAGALHÃES JR, H. M. M.; FRANCO, T. B. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 4ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 296p.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MISHIMA, S. M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a organização da assistência à saúde: o caso do Programa Saúde da Família**. 2003. 153 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: Record, 2002. 236p.

MOTTA, J. I. J.; BUSS, P.; NUNES, T. C. M. Novos desafios educacionais para a formação de recursos humanos. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **VER-SUS/Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 175 – 181.

NASCIMENTO, A. **História da 8ª Conferência Nacional de Saúde: contexto Histórico**. Brasília/DF, 1986. Disponível em: <<C:\Documents and Settings\WinXp\Desktop\busca bibliográfica\bibliografiassss\história da 8a conferência nacional de saúde.htm>> . Acesso em: 15 maio 2009.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n.12, p.39-44, jul.1996.

SANTOS, N. R. **O desenvolvimento do SUS sob o ângulo dos rumos estratégicos e das estratégias para visualização dos rumos: a necessidade de acompanhamento**. Brasília, 2006. Mimeo.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidade de saúde e Atenção primária. In: _____ **Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. cap. 1, p. 29-47

SCHRAIBER, L. B.; PEDUZZI, M.; SALA, A.; NEMES, M. I. B.; CASTANHERA, E. R. L.; KON, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

SILVA, S. F.; DOBASHI, B. F. Um novo pacto no SUS. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 34, p. 9-17, maio 2006.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2004.

TESTA, M. **Pensamento estratégico e a lógica de programação**: o caso da saúde. São Paulo: Hucitec, 1995. p. 15 - 97.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências social**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo. Atlas. 1987

VÍCTORA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. de N. **A pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000. 136 p.

APÊNDICE- A

CONVITE A PARTICIPAR DO ESTUDO

Prezado (a) Senhor (a) _____

Venho através deste, solicitar sua participação no estudo que estou realizando, com vistas à construção do trabalho de conclusão do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

O título do estudo é “Micropolítica do processo de trabalho: o protagonismo dos trabalhadores de saúde no Pacto pela Saúde”. O mesmo tem por objetivo compreender a micropolítica do processo de trabalho a partir da implicação e percepção dos trabalhadores de saúde (coordenadores da equipe de Saúde da Família: médico, enfermeiro e dentista e coordenadores da Rede de Atenção Básica) de um município do estado de São Paulo, na perspectiva do Pacto pela Saúde. A orientadora do estudo é a Prof^a Dr^a Ione Carvalho Pinto.

Assim, para a continuidade deste estudo, é necessário o levantamento de dados, por meio de sua participação, com o intuito de compreender e valorizar a voz e as aspirações dos trabalhadores do sistema na política de saúde.

O estudo se constituirá de entrevistas realizadas em um único encontro com o participante, em local e horário a ser combinado previamente, com duração em torno de 40 minutos, sendo mantido, em todos os momentos da pesquisa, a ética profissional e o respeito ao ser humano.

Neste sentido, sua participação me permitindo entrevistá-lo com a concordância deste termo de consentimento são de fundamental relevância para o estudo.

Tânia Silva Gomes

Pesquisadora responsável pelo estudo

APENDICÊ - B

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a realização das entrevistas

Pesquisa: **Micropolítica do processo de trabalho: o protagonismo dos trabalhadores de saúde no Pacto pela Saúde.**

Eu, **Tânia Silva Gomes**, abaixo assinado, aluna de Pós-Graduação, nível mestrado, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (EERP-USP), estou desenvolvendo uma pesquisa sob orientação da **Profª Dra. Ione Carvalho Pinto** do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP-USP.

A pesquisa tem por objetivo compreender a micropolítica do processo de trabalho a partir da implicação e percepção dos trabalhadores de saúde (coordenadores da equipe de Saúde da Família: médico, enfermeiro e dentista e coordenadores da Rede de Atenção Básica) de um município do estado de São Paulo, na perspectiva do Pacto pela Saúde.

Assim, gostaríamos de contar com sua participação na pesquisa, nos permitindo entrevistá-lo.

Esclarecemos que a entrevista, desde que haja sua permissão, será identificada por código, garantindo o anonimato, também será gravada em arquivo digital e, posteriormente transcrita, sendo que o conteúdo da entrevista será guardado na eerp-usp sob nossa responsabilidade. Dessa forma, a entrevista será realizada em um único encontro, em local a ser combinado juntamente com o participante, não ultrapassando 40 minutos de duração.

Caso não seja de seu interesse a continuidade na participação da pesquisa, a qualquer momento, haverá a possibilidade de retirar este consentimento sem penalizações.

Esclarecemos também que as informações e opiniões emitidas por você serão utilizadas exclusivamente para os fins de pesquisa, podendo ser divulgados em apresentações de trabalhos em eventos científicos ou revistas, mantendo o caráter confidencial das informações obtidas, o que não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa.

Comprometemo-nos garantir a apresentação dos resultados obtidos para os participantes após o término da pesquisa.

Informamos que o participante receberá uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada pelo mesmo sem nenhum benefício direto decorrente de sua participação.

Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos à disposição para qualquer informação que julgar necessária.

Atenciosamente.

Drª. Ione Carvalho Pinto

Orientadora da pesquisa
Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário
CEP: 14040-902 - Ribeirão Preto - SP
Telefone para contato: (16) 36023429

Tânia Silva Gomes

Pesquisadora
Av: Do café, 131. Apt 31. Vila Tibério
CEP: 14050-230 – Ribeirão Preto - SP
Telefone para contato: (16) 97155484

Eu _____ aceito participar desta pesquisa por livre e espontânea vontade, tendo recebido os esclarecimentos acima citados.

_____, _____ de _____ de 2009.

Assinatura do participante

APÊNDICE- C

Roteiro para entrevista

1- Caracterização da Entrevista:

Entrevista Número: _____

Data: _____

Horário de Início: _____

Horário de Término: _____

Tempo de duração: _____

2- Caracterização do Entrevistado:

Coordenador da USF ()

Coordenador da Rede Básica ()

Sexo feminino () Sexo masculino ()

Idade: _____ anos

Formação: _____

Tempo de formação: _____ anos

Possui curso pós-graduação? () sim () não Qual? _____

Possui curso pós-graduação em Estratégia Saúde da Família? () sim () não Qual? _____

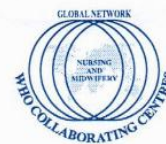
Quanto tempo trabalha na Rede de Atenção Básica do município? _____ anos

Há quanto tempo trabalha no atual posto de trabalho? _____ anos

3- Entrevista semiestruturada:

Temas a serem abordados	Questões disparadoras da entrevista
1. Percepção, apropriação e implicação dos trabalhadores de saúde na relação de seu trabalho com as intenções e resultados municipais a serem buscados expressos no Pacto pela Saúde.	1.1 Como são trabalhadas as metas de um indicador na (s) USF (s). Tendo como exemplo: o indicador de mortalidade infantil. 1.1.1 Como é feito o acompanhamento das metas? E quem participa desse acompanhamento? 1.1.2 Qual a periodicidade de análise das metas? 1.2 Como você analisa a importância de se trabalhar com indicadores e metas? 1.3 Diante de uma meta não alcançada, o que você faz? Dê um exemplo. 1.4 Existe alguma exigência externa para o cumprimento dessas metas? Qual? Exemplifique. 1.5 Onde são esclarecidas as metas? Em que espaço são esclarecidas as metas?

ANEXO I



Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para
o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: (55) - 16 - 3633-3271 / TELEFONE: (55) - 16 - 3602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 269/2009

Ribeirão Preto, 15 de dezembro de 2009

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 15 de dezembro de 2009.

Protocolo: nº 1101/2009

Projeto: MICROPOLÍTICA DO PROCESSO DE TRABALHO: O PROTAGONISMO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NO PACTO PELA SAÚDE.

Pesquisadores: Ione Carvalho Pinto
Tânia Silva Gomes

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Enfª Maria Antonieta Spinoso Prado
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Ione Carvalho Pinto

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO II



Prefeitura Municipal de Marília
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação da Atenção Básica



COMUNICADO INTERNO

DATA: 09 de dezembro de 2009

DE: Coordenação da Atenção Básica

PARA: USF Santa Paula, Marajó, Santa Augusta, Tóffoli, Jardim Cavallari, Parque das Nações, Santa Antonieta II, Julieta, Vila Nova e Vila Barros

ASSUNTO: Projeto de pesquisa

Vimos por meio deste informar que foi autorizada a pesquisa nas Unidades de Saúde da Família Santa Paula, Marajó, Santa Augusta, Tóffoli, Jd. Cavallari, Parque das Nações, Santa Antonieta II, Julieta, Vila Nova e Vila Barros, referente ao projeto de pesquisa do curso Mestrado (Ribeirão Preto), trabalho científico intitulado: "Micropolítica do processo de trabalho: o protagonismo dos trabalhadores de saúde no Pacto pela Saúde".

Atenciosamente,


Enfª Denise Elaine Garod
Coordenação da Atenção Básica
Secretaria Municipal da Saúde

Coordenação da Atenção Básica


Aureliana B. Silveira
Enfermeira
COREN 9869-3

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](#)