UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Maria Iêda Gomes Vanderlei

O GERENCIAMENTO NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA:
O PROCESSO DE TRABALHO DOS GESTORES E DOS GERENTES
MUNICIPAIS DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS
DO ESTADO DO MARANHÃO

RIBEIRÃO PRETO
2005

Maria Iêda Gomes Vanderlei

O GERENCIAMENTO NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA:
O PROCESSO DE TRABALHO DOS GESTORES E DOS GERENTES
MUNICIPAIS DE SAÚDE EM MUNICÍPIOS
DO ESTADO DO MARANHÃO

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de
São Paulo para obtenção do título de Doutor

Área de concentração: Enfermagem em Saúde
Pública

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

Orientadora: Prof^a. Dr^a Maria Cecília Puntel de
Almeida

Ribeirão Preto
2005

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADO A FONTE.

FICHA CATALOGráfICA

Vanderlei, Maria Iêda Gomes

O Gerenciamento na Estratégia da Saúde da Família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde em municípios do Estado do Maranhão, Ribeirão Preto, 2005. 245 p.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / USP - Área de concentração: enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Profa Dra Maria Cecília Puntel de Almeida

1. Gerência de serviços de saúde. 2. Processo de trabalho em saúde. 3. Saúde da Família. 4. Modelo assistencial

FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Iêda Gomes Vanderlei

O Gerenciamento na Estratégia da Saúde da Família: O Processo de Trabalho dos Gestores e dos Gerentes Municipais de Saúde em Municípios do Estado do Maranhão

Tese apresentada à Escola de enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor.
Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública

Aprovado em:

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Cecília Puntel de Almeida

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP

Assinatura_____

Profa Dra. Silvana Martins Mishima

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP.

Assinatura_____

Profa Dra. Maria José Bistafa Pereira

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP/USP

Assinatura_____

Profa Dra. Eliete Maria Silva

Instituição: Universidade de Campinas

Assinatura_____

Profa Dra. Roseni Rosângela Sena

Instituição:

Assinatura_____

*A*GRADECIMENTOS

Um poema, uma tela, uma peça, um livro, uma tese, um filho. Gestaço profundamente silenciosa. Travessia marcada pela angstia do vir a ser. Chegou o dia de parir. Eis o fruto que alimentamos com o nosso sangue, com a nossa vida, porm no nos pertence mais, do mundo. Isto implica em dizer que todo existir um coexistir, um co-elaborar. um ser para o outro. Especialmente agradeo:

 minha *orientadora Dra. Maria Ceclia Puntel de Almeida* que com a sua competncia profissional enriqueceu este trabalho com sugestes sempre pertinentes e que me estimulou nos momentos difceis fazendo que encontrasse novas formas de dizer, de sentir e caminhar. Agradeo pela sensibilidade de sua escuta. Foi um privilgio ser sua orientanda.

 professora Dra. Silvana Martins Mishima, com sua longa experincia e competncia, sobretudo na rea da gerncia, contribuiu desde o meu exame de qualificao, apresentando sugestes fundamentais, para a reelaborao do meu estudo. Obrigada pela sua acolhida no meu primeiro encontro com voc no dia da seleo para o doutorado.

 professora Dra. Maria Jos Bistafa Pereira pelas sugestes e contribuies a este trabalho desde o meu exame de qualificao, pela forma carinhosa que sempre me recebeu e pelo seu jeito humano de ser.

 professora Dra. Eliete Maria Silva pelas sugestes e contribuies e por sua participao na banca examinadora.

À **professora Dra Roseni Rosangela Sena** pelos sucessivos contatos, pelas sugestões e contribuições neste estudo.

Aos **meus pais Bianôr e Lindalva** que me ensinaram o grande valor de Ser uma Família e que me envolveram sempre nos braços do afeto e da responsabilidade, o que me tornou muito mais capaz de amar a vida.

Aos **meus irmãos** companheiros de caminhada, sustentáculos em qualquer circunstância e cúmplices dos meus sonhos.

Aos **meus sobrinhos e sobrinha** expressão maior de ternura cujos beijos guardo na memória do coração.

À **Sueli, Azize e Liberata** amigas especiais, amigas de todas as horas e todas as causas.

À **Cristina Wetzel, Regina Witt, Lenice, Mariza e Sonia** que estiveram presente ao longo de toda a elaboração deste trabalho e com quem partilhei idéias e entreguei parte do meu coração.

À **Neide, Claudia, Cristina Resende, Regina Oliveira, Celmira, Ruth, Yolanda, Lidiane, Salete e Simone Optz** que me acompanharam neste percurso e com que mantive uma interlocução constante.

Ao movimento dos **Focolares de São Luis e a comunidade de Ribeirão Preto** que me fizeram sentir de forma toda especial a importância da Unidade

Aos *colegas* do departamento de Saúde Pública da Universidade Federal do Maranhão, os meus agradecimentos.

Aos *gestores* e *gerentes* municipais de saúde que colaboraram comigo através de suas experiências enriquecendo este estudo tornando-se, portanto co-autores.

A toda a *família do Pólo de Capacitação e Educação Permanente de Saúde da Família* (professores e funcionários) e em especial as amigas *Rosemary* e *Kazué* pelo carinho e agradável convivência.

Ao *programa de Doutorado do Departamento Materno Infantil e de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto* por ter me acolhido para cursar o doutorado.

A todos os *funcionários* dos órgãos de apoio da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto que direta e indiretamente me possibilitaram uma permanência com mais tranquilidade e carinho nesta instituição

Aos *colegas* do doutorado que me proporcionaram uma grande convivência e um crescimento pessoal e profissional durante os anos de convívio

“Ter homens reunidos
com papel e estampilha
ou por obrigação,não adianta
pois só mantém reunidos os homens
o que a todos congrega num princípio vital
como as juntas dos membros e do corpo
ou a fibra das plantas”

Walt Whitman

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição da população e dos municípios do Estado do Maranhão, segundo o número de habitantes, 2003.....	74
Tabela 2-	Distribuição da população urbana e rural, Maranhão, 1991-2001.....	75

LISTA DE QUADROS

Quadro 1-	Distribuição dos Municípios estudados segundo a área, tipo de gestão, população do município, cobertura da população pelo programa e número de Equipes do PSF. Maranhão. 2003.....	77
Quadro 2-	Distribuição dos municípios, população e o número de Unidades Básicas de Saúde, Maranhão, 2003.....	96
Quadro 3-	Distribuição dos gestores e dos gerentes municipais de saúde entrevistados nas secretarias de saúde e nas unidades básicas de saúde, Maranhão, 2003.....	96
Quadro 4-	Distribuição do número de gestores e gerentes, segundo os cargos centrais, sexo, escolaridade, idade, tempo de formado, tempo no cargo, experiência na saúde pública, formação e escolha para o cargo, Maranhão, 2003.....	98
Quadro 5-	Distribuição dos gerentes – diretores - municipais de saúde, segundo o cargo, sexo, escolaridade, idade, tempo de formado, tempo no cargo, experiência na saúde pública, formação e escolha para o cargo, Maranhão, 2003.....	105
Quadro 6-	Distribuição das atividades complementares ao trabalho de outros profissionais de saúde realizadas pelos gerentes, segundo a classificação, a frequência e a categoria profissional nas Unidades Básicas de Saúde, Maranhão; 2003.....	116
Quadro 7-	Distribuição das atividades: organização do processo de trabalho, infra – estrutura, planejamento de serviços (ações administrativas) realizadas pelos gerentes, segundo a classificação, frequência e categoria profissional nas Unidades Básicas de Saúde, Maranhão;2003.....	121
Quadro 8-	Distribuição das atividades: organização do processo de trabalho, infra-estrutura, planejamento de serviços (ações administrativas) realizadas pelos gerentes, segundo a classificação, frequência e categoria profissional nas Unidades Básicas de Saúde - Maranhão; 2003 continuação.....	122
Quadro 9	Distribuição das atividades: organização do processo de trabalho, infra-estrutura, planejamento de serviços (ações administrativas) realizadas pelos gerentes, segundo a classificação, a frequência e a categoria profissional nas Unidades Básicas de Saúde-Maranhão; 2003 continuação.....	123

Quadro 10	Atividades educativas voltadas à saúde coletiva realizadas pelos gerentes nas Unidades Básicas de Saúde, segundo a classificação, a frequência e a categoria profissional - Maranhão; 2003.....	135
Quadro 11	Atividades próprias da enfermagem voltadas a indivíduos ou grupos específicos realizadas pelos gerentes nas Unidades Básicas de Saúde, segundo a classificação, a frequência e a categoria profissional, Maranhão.2003.....	139

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial
CIPESC	Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva.
CMS	Conselho Municipal de Saúde
ESF	Equipe Saúde da Família
EV	Endovenosa
ICCN	Incentivo ao Controle das Carências Nutricionais
IM	Intramuscular
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MDV	Modelo em Defesa da Vida
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PA	Pressão Arterial
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PROESF	Programa de Expansão da Saúde da Família
PSF	Programa Saúde da Família.
REFORSUS	Projeto Reforço à Reorganização do SUS
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SMS-RP	Secretaria Municipal de Saúde - Ribeirão Preto
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
VO	Via oral

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1 A GERÊNCIA NA ESTRATÉGIA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA – contextualizando o objeto de estudo e a postura teórica.....	19
1 O processo de trabalho em saúde e a gerência.....	42
1.1 A gerência dos serviços públicos municipais de saúde.....	53
1.2. Objetivos.....	67
1.3 Os pressupostos do estudo.....	67
2 PERCURSO METODOLÓGICO.....	69
2.1 A opção e o caminho metodológico.....	70
2.2 O campo do estudo.....	73
2.3 Os instrumentos de coleta de dados.....	78
2.4 A trajetória da coleta de dados e as questões éticas da pesquisa.....	87
2.5 Análise dos dados.....	88
3 RESULTADOS/ DISCUSSÃO - O processo de trabalho dos gestores e dos gerentes do programa saúde da família.....	94
3.1 Apresentando os gestores e os gerentes municipais como agentes do trabalho/ trabalhadores de saúde sujeitos da pesquisa.....	95
3.1.1 O perfil profissional dos gestores (secretários de saúde) e gerentes municipais de saúde (coordenadores do PSF).....	97
3.1.2 O perfil profissional dos gerentes (diretores) municipais de saúde das Unidades Básicas de Saúde.....	104
3.2 O processo de trabalho dos gestores e dos gerentes no gerenciamento das unidades gestoras: secretarias municipais de saúde e unidade básicas de saúde.....	114
3.2.1 A configuração das atividades realizadas pelos gerentes no cotidiano do gerenciamento do Programa Saúde da Família.....	115
3.2.2 A prática gerencial dos gestores e dos gerentes no cotidiano das secretarias de saúde e das unidades básicas de saúde.....	148
3.2.2.1 A concepção dos agentes de trabalho / trabalhadores de saúde sobre o Programa Saúde da Família e sobre o modelo assistencial.....	148
3.2.2.2 A compreensão dos gestores e dos gerentes municipais de saúde sobre o programa da saúde da família no contexto da política municipal de saúde.....	166
3.2.2.3 O gerenciamento na saúde da família: como os gestores e os gerentes estão fazendo a gerência?.....	169
3.2.2.4 Dificuldades no gerenciamento e na operacionalização do PSF no contexto municipal.....	174
3.2.2.5 A lógica da produtividade como instrumento de trabalho.....	183
3.2.2.6 Os atores que participam no processo de trabalho da equipe da saúde da família.....	186
3.2.2.7 Relações que se estabelecem no cotidiano da prática gerencial.....	190
3.2.2.8 A Dimensão Gerencial na Saúde da Família: um instrumento de mudança?.....	198

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	205
5 REFERÊNCIAS	214
APÊNDICES	224
ANEXO	244

RESUMO

VANDERLEI, M. I. G. O gerenciamento na estratégia da saúde da família: o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes municipais de saúde no estado do Maranhão.

O estudo tem como objetivo analisar o processo de trabalho da gerência no âmbito municipal através da prática dos gestores e dos gerentes de saúde, enquanto como instrumento que possibilita a mudança e/ou reorientação do modelo assistencial voltado para a integralidade das ações de saúde. O quadro teórico está sustentado nos conceitos do processo de trabalho em saúde, na gerência e na micropolítica do trabalho em saúde, e na compreensão das tecnologias enquanto fruto das relações sociais no trabalho. Utilizamos a abordagem qualitativa e os instrumentos de pesquisa foram a observação sistemática direta do trabalho da gerência das unidades básicas de saúde e a entrevista semi-estruturada. Os sujeitos da pesquisa foram os secretários municipais de saúde, coordenadores do PSF e diretores das unidades básicas de saúde de quatro municípios do estado do Maranhão. Foi possível identificar que o grande volume de atividades dos gerentes se concentra nas ações de organização do processo de trabalho, da infra-estrutura, do planejamento de serviço (ações administrativas) cujo campo de competência e de responsabilidade é comum aos gerentes independente da categoria profissional. Assim, a prática gerencial dos gestores e dos gerentes no cotidiano das secretarias de saúde e unidades básicas de saúde se caracterizou pelos diferentes momentos do processo de trabalho desses trabalhadores de saúde, em que ficou evidenciado que a gerência é uma ferramenta importante tanto para transformar o processo de trabalho como para legitimar e reproduzir situações dadas. A gerência está pautada num estilo gerencial tradicional, com uma presença muito forte da racionalidade gerencial hegemônica, caracterizada por um núcleo muito duro, com uma lógica da produtividade permeando o processo gerencial. Apesar disso, encontramos na prática gerencial, ações na direção da subjetividade utilizando-se das tecnologias leves, que são indicativos de perspectivas de mudanças. A estratégia do PSF foi um dispositivo favorável para abrir espaços para o estabelecimento de vínculo, acolhimento e responsabilização. O grande desafio da gerência, enquanto ferramenta para a transformação do processo de trabalho, constitui-se em romper com a lógica da racionalidade gerencial hegemônica e em instituir novos arranjos institucionais com distribuição de poder mais igualitário, trabalhando-se com a noção de gestão participativa, enquanto tarefa dos dirigentes/ trabalhadores de saúde/ usuários, na perspectiva da construção de um projeto assistencial coletivo, que atenda as necessidades da população possibilitando uma recomposição do trabalho, voltado para a integralidade e para um agir cotidiano como força de mudança.

Palavras-chave: gerência de serviços de saúde, processo de trabalho em saúde, saúde da família, modelo assistencial.

Resumen

VANDERLEI, M. I. G. El gerenciamiento en la estrategia de salud de la familia: el proceso de trabajo de los gestores y gerentes municipales de salud en el estado de Maranhão.

La finalidad de este estudio es analizar el proceso de trabajo de la gerencia en el ámbito municipal a través de la práctica de los gestores y gerentes de salud como instrumento que posibilita el cambio e/o reorientación del modelo asistencial el cambio y/o reorientación del modelo asistencial dirigido a la integralidad de las acciones de salud. El referencial teórico es basado en los conceptos del proceso de trabajo en salud, gerencia y en la micropolítica del trabajo en salud, y también en la comprensión de las tecnologías como resultado de las relaciones sociales en el trabajo. Utilizamos la aproximación cualitativa y los instrumentos de investigación fueron la observación sistemática directa del trabajo de la gerencia de las unidades básicas de salud y la entrevista semiestructurada. Los sujetos de la investigación fueron los secretarios municipales de salud, coordinadores del Programa de Salud de la Familia (PSF) y directores de las unidades básicas de salud de cuatro municipios del estado de Maranhão, Brasil. Fue posible identificar que el gran volumen de actividades de los gerentes se concentra en las acciones de organización del proceso de trabajo, infraestructura, planeo del servicio (acciones administrativas) cuyo campo de competencia y de responsabilidad los gerentes tienen en común independientemente de cualquier categoría profesional. Así, la práctica gerencial de los gestores y gerentes en el día a día de las secretarías de salud y unidades básicas de salud se caracterizó por los diferentes momentos del proceso de trabajo de esos trabajadores de salud, donde se quedó claro que la gerencia es una herramienta importante tanto para transformar el proceso de trabajo como para legitimar y reproducir situaciones dadas. La gerencia es basada en un estilo gerencial tradicional, con una presencia muy fuerte de la racionalidad gerencial hegemónica, caracterizada por un núcleo muy duro, con una lógica de la productividad permeando el proceso gerencial. No obstante, encontramos en la práctica gerencial, acciones hacia la subjetividad, utilizándose de las tecnologías leves, que son indicativos de perspectivas de cambios. La estrategia del PSF fue un dispositivo favorable para abrir espacios para el establecimiento de vínculo, acogimiento y responsabilización. El gran desafío de la gerencia como herramienta para la transformación del proceso de trabajo se constituye en romper con la lógica de la racionalidad gerencial hegemónica e instituir nuevos arreglos institucionales con distribución de poder más igualitario, trabajándose con la noción de gestión participativa como tarea de los dirigentes/ trabajadores de salud/ usuarios en la perspectiva de la construcción de un proyecto asistencial colectivo que atienda a las necesidades de la población, posibilitando así una recomposición del trabajo dirigido a la integralidad y un actuar cotidiano como fuerza de cambio.

Palabras-clave: gerencia de servicios de salud, proceso de trabajo en salud, salud de la familia, modelo asistencial.

ABSTRACT

VANDERLEI, M. I. G. Management in the family health strategy: the work process of municipal health managers and administrators in Maranhão.

This study aims to analyze the municipal management work process through the practice of health managers and administrators, as an instrument to change and/or reorientation of the care model that is directed at the comprehensiveness of health actions. The theoretical framework is based on the concepts of the health and management work process, on the micro-policy of work in the health sector and on the view of technologies as a result of social relations at work. A qualitative approach is adopted. The research instruments are systematic direct observation of management work at basic health units and semistructured interviews. The research subjects are the municipal health secretaries, Family Health Program (FHP) coordinators and basic health unit directors in four cities in the state of Maranhão, Brazil. A large part of management activities is concentrated in work process organization, infrastructure, service planning (administrative actions), which is a common part of managerial competencies and responsibilities, independently from their professional category. Thus, the managers' and administrators' daily practice at the health secretaries and basic health units is characterized by the different moments in these health professionals' work process, disclosing that management is an important tool for transforming the work process as well as for legitimizing and reproducing given situations. Management is based on a traditional management style, marked by the very strong presence of hegemonic management rationality, which is characterized by a very hard nucleus, with a productivity logic that permeates the management process. Nevertheless, management practice also worked towards subjectivity, using soft technologies, which indicate perspectives of change. The FHP strategy was a favorable tool to make room for bonding, welcoming and accountability. The main challenge management is facing as a tool for transforming the work process is to put an end to the logic of hegemonic management rationality and to set up new institutional arrangements with a more equalitarian power distribution, working with the idea of participatory management as a task for managers/ health workers/ users with a view to the construction of a collective care project that attends to the population's needs, thus allowing for a recomposition of work in the direction of comprehensiveness and daily actions as a force of change.

Keywords: health service management, health work process, family health, care model.

Com o processo de implantação e implementação do Sistema Único de Saúde e, com a descentralização dos serviços de saúde, a temática da gerência e da gestão dos serviços de saúde começa a ter maior visibilidade na agenda política, tendo em vista que para a consolidação do SUS é necessário uma outra lógica, isto é, uma outra organização dos serviços de saúde, que implique na articulação entre o modelo de gestão e o modelo da atenção.

O processo de descentralização amplia a responsabilidade no processo de trabalho da gerência e da gestão, implantado no âmbito local. Diante disso, não basta apenas promover reformas administrativas, é preciso, sobretudo, adoção de políticas administrativas e gerenciais mais flexíveis e com maior poder de decisão, nas quais se tome como referência as questões ligadas aos aspectos micropolíticos da prática gerencial no processo de trabalho.

Para Campos (1992), o tipo de gestão desenvolvido em uma unidade de saúde é um meio para consolidar um determinado processo de produção de ações ou para transformá-lo.

Ao nos propormos a estudar o gerenciamento na estratégia saúde da família e, especialmente, a prática dos gestores e dos gerentes municipais, compreendemos que o ato de repensá-lo seja uma alternativa importante que possibilita a reorganização da prática gerencial, não mais naquela visão bastante tradicional da Administração Científica.

Dessa forma, no desenvolvimento do estudo, apresentamos: no capítulo 1 - A gerência e a estratégia do programa saúde da família – contextualizando o objeto de estudo e a postura teórica sustentados nos conceitos do processo de trabalho em saúde, na gerência e na micropolítica do trabalho em saúde e na compreensão das tecnologias, enquanto relações sociais no trabalho.

No capítulo 2 - O percurso metodológico em que destacamos o tipo da pesquisa, os instrumentos para a coleta de dados, as formas de análise e a delimitação do campo de pesquisa.

No capítulo 3 - Resultados e discussão do processo de trabalho dos gestores e dos gerentes no programa saúde da família estão apresentados em duas partes: a primeira se refere à apresentação dos gestores e dos gerentes municipais de saúde como agentes do trabalho/trabalhadores de saúde do programa saúde da família – sujeitos da pesquisa e a segunda se refere ao processo de trabalho dos gestores e dos gerentes no gerenciamento das unidades gestoras: secretarias municipais de saúde e UBS. Aqui, trazemos a configuração das atividades realizadas pelos gerentes no cotidiano do gerenciamento das unidades básicas de saúde e a prática gerencial dos gestores e dos gerentes nas secretarias de saúde e nas unidades básicas de saúde onde se caracterizam os diferentes momentos do processo de trabalho desses trabalhadores de saúde e se evidenciam o estilo gerencial tradicional e as possibilidades de novas formas de gerenciar a estratégia saúde da família, com perspectiva de mudança.

Finalmente, no capítulo 4 - Considerações finais, apresentamos algumas reflexões sobre a gerência como ferramenta para a transformação do processo de trabalho e sobre os desafios para romper a lógica da racionalidade gerencial hegemônica e para instituir arranjos institucionais para uma gestão participativa, enquanto tarefa coletiva (dirigentes, trabalhadores de saúde e usuários).

Capítulo I

A GERÊNCIA NA ESTRATÉGIA DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA-contextualizando o objeto de estudo e a postura teórica

A temática deste estudo é a compreensão da prática dos gestores e dos gerentes municipais de saúde no Programa Saúde da Família, enquanto estratégia de reorientação e / ou mudança do modelo assistencial vigente, que é centrado em: doença, biomédico, curativo, individualizante e fragmentador das ações.

A perspectiva de estudar, compreender e refletir sobre o trabalho da gerência dos serviços de saúde, articulado ao PSF, enquanto dispositivo de mudança e ou reorientação do modelo assistencial, se dá no momento em que está havendo uma implementação do PSF em várias regiões do país, como é o caso do Estado do Maranhão.

A ação gerencial, na organização de ações públicas de saúde, nem sempre se deu nos moldes nos quais é hoje problematizada. Enquanto processo histórico, a presença da atividade gerencial só ganha importância para a organização técnica do trabalho em saúde com o processo de extensão de serviços que se dá no Ocidente, a partir da Segunda Guerra Mundial.

Enquanto momento diretamente vinculado à organização do trabalho, a gerência ganha nova qualidade com as alterações trazidas pelas experiências de integração, tanto por suas implicações organizacionais, em relação à necessidade de interrelação entre diferentes serviços, como em relação às modificações introduzidas no conteúdo técnico do trabalho. Esse conjunto de alterações responde a necessidades originadas no interior do processo de trabalho que, ao modificar-se, “exige” novos modelos gerenciais que possam instrumentalizar sua operação. Campos (1994) assinala que há um movimento de “dupla mão”, no qual a gerência, ao se constituir num “instrumento de efetivação de políticas,” como um elemento estratégico ao processo de transformação dos serviços, é, ao mesmo tempo, uma ação que “resulta” de alterações definidas desde o interior do processo de trabalho, subordinando-se a suas finalidades.

Com o processo de reorganização dos serviços de saúde na década de 80 e 90, através da municipalização da saúde, a autoridade e a gestão dos serviços básicos de saúde passam a

ser de responsabilidade do município. Esse movimento, sustentado pelo processo de descentralização, traz para o nível local novas responsabilidades e compromissos no sentido de atender às demandas e às expectativas dos usuários do sistema de saúde e, ao mesmo tempo, a necessidade de expansão física e funcional da rede de atendimento à saúde, da adequação do quantitativo e qualitativo de trabalhadores alocados para a prestação de cuidados, de revisão dos padrões de produtividade, da avaliação da qualidade da assistência prestada. Inserida nesse contexto, a gerência de serviços de saúde tem sido tomada como um fator de fundamental importância para o alcance desses objetivos.

Esse novo quadro de organização dos serviços de saúde remete à importância do papel gerencial no processo de trabalho em saúde, que se conforma no nível local.

Almeida et al. (1994) ao analisar os limites e avanços da gerência na construção do SUS no município de Ribeirão Preto, consideram fundamental “o olhar direcionado para esses limites, no sentido de tomá-los enquanto possibilidades que colocam para o fazer e o refazer da prática gerencial. Essa consideração parece importante, uma vez que o trabalho gerencial é uma atividade meio, porque ao mesmo tempo que possibilita a transformação do processo de trabalho, é também passível de transformação mediante as determinações de saúde que se fazem presentes no cotidiano das organizações de saúde, ou seja, que se transformam frente à finalidade colocada para o trabalho”(ALMEIDA et.,p.284)..

Segundo definição de Mishima” os princípios que norteiam “a gerência não são estáticos, neutros, absolutamente racionais, ou eminentemente técnicos, que se adequam/moldam imediatamente à resolução dos problemas que se apresentam no processo de trabalho. A atividade gerencial é sim, extremamente dinâmica, dialética, na qual as dimensões técnica, política e comunicativa, estão em permanente articulação exigindo constante reflexões/tomada de decisões por parte do agente executor da mesma”(MISHIMA,

1995,p.18). Entendemos que a gerência constitui um instrumento de trabalho, que além dessas dimensões, apresenta o componente da construção de cidadania.

O desenvolvimento da cidadania implica tomar a gerência como uma atividade que contém uma perspectiva de emancipação de sujeitos sociais e que está contida nela, quer sejam eles agentes presentes no processo de trabalho, como os clientes que se utilizam dos serviços de saúde (ALMEIDA et al., 1994).

Essa consideração parece importante, uma vez que Campos (1994, p. 10) chama atenção para que a gerência dos serviços de saúde seja repensada criticamente:

Definida com maior precisão seu peso e seu lugar na escala de determinantes do processo de produção de serviços de saúde e o processo de gestão conceituado como instrumento necessário, mas não suficiente, à implementação de políticas elaboradas por sua vez, a partir dos interesses diversos ou até mesmo contraditórios de forças sociais ou vinculadas à produção de serviços e insumos para o setor saúde.

O mesmo autor reafirma essas idéias ao escrever

Essa visão que atribui um poder quase que messiânico à gestão das organizações, se autojustifica imaginando a existência de um objetivo geral, perseguido por todos os segmentos de um sistema de saúde, quaisquer que sejam suas reais vinculações à estrutura social (CAMPOS,1994,P.9-10).

Assim como Campos (1994) não concordamos com a gerência, tendo um “poder exclusivo e determinante” no processo de produção de serviços de saúde. Nesse caso, o perfil do gerente para o sistema de saúde não leva em consideração a sua formação profissional, a sua capacidade técnica, mas na verdade está muito ligado a uma escolha autoritária, baseado em critérios de “confiança” ou de subordinação às forças sociais hegemônicas, no mercado de saúde ou aos detentores do poder; sem considerar, portanto os valores da gestão colegiada e do processo democrático que envolvem uma maior participação dos trabalhadores de saúde e dos usuários. Esse perfil de gerente não se enquadra mais na ação gerencial isto porque ele tem um papel importante na efetiva implantação do modelo assistencial, cujos procedimentos estão centrados nos usuários e “não como produtores de procedimentos”.

Observando a realidade dos serviços de saúde, hoje, é possível apreender pelo menos duas das vertentes na organização do processo de trabalho em saúde, a primeira é, sem dúvida, a hegemônica, a do paradigma flexneriano, confirmando uma organização tecnológica com características de um trabalho individual, isolado, centrado no médico, com escassa preocupação em relação à promoção, à prevenção ou à integralidade da atenção e também restrita atuação do Estado ou outra instância como reguladora do processo de organização. A outra vertente a que nos referimos e, com a qual concordamos, é aquela que defende a reflexão crítica do processo de trabalho em saúde e, portanto, aponta a necessidade de redirecionar a centralidade do saber médico na determinação dos processos de trabalho em saúde (PEREIRA, 2001).

Dentre os autores que defendem essa corrente, Campos (1994, p.60) nos convida para “reforçar os movimentos que procuram redefinir o papel dos profissionais de saúde” daí porque propõe o modelo de gestão colegiada”.

Campos (1994) afirma que não será possível efetivar mudanças significativas no sistema de saúde, caso não haja uma participação efetiva de todos os profissionais do setor saúde para a reorganização dos serviços. Ainda, enfatiza a importância do papel dos sujeitos sociais nessa direção e coloca que:

mais de que nunca há necessidade de nos metermos em uma empreitada filosófica e prática, que procurasse responder a esses desafios de forma inovadora. “Como recuperar a vontade dos indivíduos, grupos e coletividades de maneira a compor-se uma massa crítica apta a construir projetos novos”. (CAMPOS, 1994, p.29)

Entendemos que discutir a gerência dos serviços públicos municipais de saúde da rede básica de saúde centrada no PSF, significa em tese estar olhando para as propostas alternativas de superação do modelo hegemônico – centrado no médico- e em função de um modelo assistencial que visa, sobretudo, à consolidação do SUS. Sendo assim, concordamos com Campos (1994) que, ao falar sobre a gerência, torna para nós mais consistente a

perspectiva de que seja considerada como instrumento de transformação/manutenção, também a partir da micropolítica¹, ao citar os recursos humanos como uma característica especial dos outros insumos, atribuindo-lhes a capacidade de sujeitos sociais em diversas situações, como também a de “imprimirem a sua perspectiva profissional ou política à prestação de serviços”.

Essa compreensão da gerência dos serviços de saúde como instrumento importante para a construção do modelo assistencial, centrado no usuário, leva-nos a concordar com Merhy (1997, p.72), quando afirma que a mudança do atual modelo.

Tarefa coletiva do conjunto de trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reforma macro estruturais e organizacionais {...} não servirão quase nada.

Estamos apostando assim numa conformação dos serviços de saúde, nos quais os microespaços de trabalho de saúde têm potência para implementar um outro modo de agir em saúde, revendo, desse modo, a prática de uma ação gerencial que se caracteriza apenas por princípios autoritários e hierarquizados, na qual o gestor ou o gerente representam o “eixo da decisão”.

Dessa forma, com essa compreensão da gerência, enquanto instrumento necessário, porém, não suficiente para a reorganização dos serviços de saúde e, conseqüentemente para a reorientação do modelo assistencial, poder-se-ia então dizer que o objeto dessa investigação se constitui em compreender a prática dos gestores e dos gerentes municipais, enquanto protagonistas na estratégia do PSF.

Objetivar essa proposta, significa lançar um olhar para a conformação de organização da rede dos serviços de atenção básica.

No Brasil, o setor saúde tem, na sua história, a conformação de um conjunto de reformas administrativas, políticas e organizativas, sendo atribuído certo destaque ao setor,

¹ Na micropolítica do processo de trabalho não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho está sempre aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser “atravessado” pelas distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar (Merhy, 1997).

dentro do campo das políticas públicas, pela sua capacidade de se reorganizar e ainda ser o que mais avançou nos ajustes relativos à legislação (RAGGIO; GIACOMIN, 1996). O desenho institucional do Sistema de Serviços de Saúde Brasileiro assumiu marcadamente caráter inovador e configurou o Sistema Único de Saúde (SUS). O conjunto de diretrizes que orientou a nova estrutura organizativa, consagrada no texto constitucional de 1988, estabelece as bases técnicas e jurídicas sobre as quais se implantaram o SUS, tendo como princípio fundamental a atenção à saúde, enquanto direito de cidadania, com universalidade de acesso a todos os níveis do sistema e o Estado promovendo e garantindo essa atenção. Mais de uma década após a conquista constitucional, o SUS alcançou avanços significativos, mas, enquanto política de saúde no Brasil, continua sendo uma possibilidade e a sua concretização ainda depende de diversas estratégias para que seja consolidado. As mudanças institucionais parecem insuficientes, em particular, para alterar qualitativamente as ações de saúde, de modo, que se torna imperativo buscar novos saberes e práticas que viabilizem a implementação do SUS e sua posterior efetividade. Nesse sentido, a construção de novos desenhos, arranjos assistenciais assume cada vez maior relevância, sustentando especial interesse de formuladores de política, planejadores e gestores do sistema.

Entre as propostas com essa preocupação tem-se destacado, ganhando notoriedade no plano nacional, a de “Saúde da Família” formulada pelo Ministério da Saúde em 1993. Com relação aos mecanismos, para impulsionar a sua implementação, destacam-se: a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB- SUS- 01/1996) (BRASIL, 1996), que valoriza o incremento de cobertura pelo PSF com maior incentivo financeiro aos municípios para tal, e o “Projeto Reforço à Reorganização do SUS – REFORSUS”, uma iniciativa do Ministério da Saúde com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento e do Banco Mundial, que contemplou o Programa como prioridade de investimento (AGUIAR, 1998).

A municipalização dos serviços de saúde, de certa forma, tem sido potência por se constituir um espaço privilegiado para a implementação do PSF, que têm recebido diferentes traduções em cada município. A descentralização surge, nesta perspectiva, como estratégia fundamental para ações inovadoras e para configuração de um Sistema Único e Descentralizado, capaz de permitir a expressão das diversidades regionais na Atenção à Saúde no Brasil.

Ao longo do tempo surgiram, no país, várias propostas alternativas ao modelo convencional/hegemônico para a organização da atenção primária à saúde. Nesse sentido, destacamos que existem outros modelos tecnológicos de organização da atenção básica, sendo as mais importantes, segundo Mendes “ a da Medicina Geral Comunitária, a da Ação Programática em Saúde, a da Defesa da Vida, a dos Sistemas Locais de Saúde - SILOS, Cidades Saudáveis e a da Estratégia da Saúde da Família. Com exceção da Medicina Geral Comunitária, todas as demais foram impulsionadas pela Reforma Sanitária Brasileira” (MENDES, 2002, p.27).

Os modelos tecnológicos de organização da atenção primária como Cidades Saudáveis, Vigilância à Saúde e Modelo em Defesa da Vida (MDV), além dos princípios do SUS, acrescentaram concepções com importantes consequências operacionais para organização do processo de trabalho, através de estratégias como acolhimento e equipes de referência utilizada no MDV.

Todas essas propostas foram importantes, continuam vigentes, e apresentam alternativas bem sucedidas de proporcionar atenção primária à saúde de qualidade à nossa população e de concretizar os princípios do SUS. Além de constituírem espaços significativos de desenvolvimento científico e tecnológico, não obstante, não se institucionalizaram como políticas de corte nacional (MENDES, 2002).

O Programa Saúde da Família, como principal estratégia adotada pelo Ministério da Saúde para reorganização da Atenção Básica no Brasil, tem sua origem no Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS), que já vinha sendo desenvolvido desde 1986 no Nordeste (Ceará) e cujas raízes encontram-se nos pressupostos da Medicina Comunitária e, mais especificamente, no Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS).

O Ministério da Saúde lançou em 1991, o Programa de Agentes Comunitário de Saúde, com o objetivo de contribuir para o enfrentamento dos alarmantes indicadores de morbi-mortalidade infantil na região nordeste do Brasil desenvolvendo atividades relacionadas à prevenção e à educação em saúde, principalmente, em municípios de baixa densidade populacional. No PACS, o enfoque principal é a ampliação da cobertura da atenção básica e a introdução do ACS como um trabalhador incumbido de desenvolver ações relacionadas ao controle de peso de criança, à orientação a grupos específicos de patologias, à distribuição de medicamentos, entre outras (SILVA; DALMÁSIO, 2002).

Historicamente, a idéia essencial que apóia a inserção do ACS nas ESF é de ser um elo entre a comunidade e o sistema de saúde. As atribuições do ACS em grandes municípios indicam que a estes se imputam o papel de elo entre a comunidade e os serviços de saúde, nos dizeres de Silva (2002), “o olheiro” da equipe na captação das necessidades, na identificação de prioridades e na detecção de casos de risco para intervenção da equipe.

Uma atribuição do ACS, nos grandes municípios, que pode ser verificada, refere-se ao perfil de educador, sempre entendido na perspectiva de resgatar a autonomia e a capacidade do autocuidado dos indivíduos / famílias.

Outra característica de sua atribuição é a possibilidade de acolher o usuário, trazendo para dentro dos serviços de saúde suas demandas, no sentido de traduzir as demandas/ necessidades/ necessidades da comunidade para gerar novas ações de saúde que busquem incorporar e intervir sobre essas necessidades (CHIESA; FRACOLLI, 2004).

Foi muito significativa a melhoria dos indicadores de saúde com a implantação do PACS principalmente, a mortalidade infantil, que mobilizou o setor de saúde a partir de seu sucesso. É importante citar que, além do impacto nos indicadores, o PACS trazia contribuições importantes para a organização dos sistemas locais, através de uma expressiva interiorização de profissionais, enfermeiros, como supervisor do PACS e do estímulo à criação dos conselhos municipais de saúde (SOUZA, 2000).

Em 2002, o PACS estava implantado em todo Brasil totalizando 173.595 ACS, o que significa uma cobertura populacional de 90.3%. Na região Centro Oeste, existem 13.263; no Nordeste 75.138; no Norte 22.461; no Sudeste 40.787 e no Sul 21.994 (BRASIL, 2002b). Em janeiro de 2003, eram 91 milhões de brasileiros atendidos por ACS, e em janeiro de 2004, a cobertura passou a ser de 94 milhões e com 183.815 ACS atuando em 5.136 municípios (SOLLA, 2004).

O PSF é apontado como alternativa para reorganização da oferta de serviços de saúde, e a proposta insere-se no âmbito do debate em torno das opções para reorientação do modelo assistencial² vigente, predominantemente, hospitalocêntrico e curativo. Enquanto mais uma proposta para reordenamento de atenção básica, a “Saúde da Família” tem diferentes leituras/compreensões, ou mesmo, posições favoráveis ou desfavoráveis, enquanto modelo tecnoassistencial. Mendes (1996) afirma que se trata de uma estratégia necessária à organização do distrito sanitário (no nível primário), juntamente com o consórcio de saúde (no nível secundário e terciário). Ainda que as formas de implementação possam variar, o autor busca sublinhar o caráter estratégico da proposta num sentido mais amplo que a noção de programa, na perspectiva de impulsionar o desenvolvimento da atenção primária em saúde.

²Nesta pesquisa a configuração do modelo assistencial para a saúde é definida de acordo com MERHY “{...} organização da produção de serviços de saúde e práticas de um determinado arranjo os saberes da área, bem como dos de projetos de construção de ações sociais específicas, como estratégia política de determinados agrupamentos sociais”. MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA FILHO (1991).

Também Leucovtiz e Garrido (1996), desenvolvem uma análise da “Saúde da Família” enquanto estratégia capaz de efetivar uma mudança dos modelos assistenciais no âmbito do SUS, através da utilização de outros parâmetros profissionais, mais econômicos e eficazes. Da mesma forma, Cordeiro (1996, p.11), considera que os pressupostos que devem nortear a organização das práticas de saúde voltadas à família, a saber: o reconhecimento da saúde como direito de cidadania, a elevação da família e seu espaço social como núcleo básico de abordagem, a prestação de atenção integral, a humanização das práticas de saúde, a participação comunitária etc., são partes de uma estratégia primordial com potencial para induzir às mudanças tanto pela interferência sobre a dinâmica do mercado de trabalho em saúde, quanto pela reestruturação do processo de trabalho, buscando introduzir a lógica da efetividade com relação às formas de remuneração, bem como o manejo racional de tecnologia.

O Programa Saúde da Família, em certos municípios brasileiros, constitui-se em uma estratégia que completa a organização de oferta sobre problemas e necessidades, aproximando-se do modelo da vigilância à saúde e da distritalização. Por isso, a estratégia da Saúde da Família (OLIVEIRA, 2000) atualiza essa figura de modo a inserir-se entre os modelos alternativos.

Diferentemente desses autores, Misoczky (1994, p.43) faz considerações críticas acerca do que chama de “revival” da medicina comunitária/ familiar no Brasil. Tendo como referência os trabalhos de Donnangelo (1975) e Paim (1986), a autora procura mostrar as limitações de tal proposta, afirmando que se tratou de um modelo de atenção voltado para os pobres, muito aquém das formulações que marcaram o processo da Reforma Sanitária Brasileira e que configuraram o SUS. Critica, ainda, o Ministério da Saúde por assumir a proposta como modelo de atenção a ser expandido para todo o país. Preocupações nesse sentido, também, demonstra Paim, quando vincula os programas PACS e PSF às propostas de

focalização patrocinadas pelo Banco Mundial para a região latino- americana (WORLD BANK, 1993 a,b). Nas palavras do autor:

as propostas de focalização patrocinadas pelo Banco Mundial, utilizando pacotes básicos para os pobres, têm uma tradução para o setor saúde que não pode ser negligenciada, sob pena de constatarmos que esforços genuínos para a democratização da saúde, tais como o uso da epidemiologia no planejamento e gestão, e o desenvolvimento de sistemas locais de saúde (SILOS), como estratégia de reorientação de sistemas (MENDES, 1990), sejam transformados em fundamentos e argumentos para o apartheid sanitário. “A política de tornar os programas especiais de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e de Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde em carros chefes do novo modelo assistencial do SUS não deixa de ser preocupante” (PAIM, 1996, p. 19) (grifo do autor).

O PSF surge, num cenário de disputa de projetos para a efetiva implantação e para implementação do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de proceder à reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, que mesmo direcionado pelo SUS, continua, em sua maior parte, orientado quase que exclusivamente para a cura de doenças e para a assistência hospitalar. Consideramos que um programa para propiciar mudança do modelo médico hegemônico, construído e alicerçado, não é tão fácil, a menos que o processo de trabalho seja reorganizado e transformado pelo novo modelo proposto.

Assim, podemos afirmar que o PSF tem suas raízes na Atenção Primária à Saúde e que, enquanto estratégia de mudança do modelo de assistência, apresenta a proposta de uso de tecnologias específicas para o desenvolvimento do seu trabalho.

Dessa forma, o PSF é visto hoje como mais uma estratégia de reorganização sanitária e como uma das alternativas para a reconfiguração da Atenção Primária à Saúde, sendo assim, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998), a construção desse novo modelo assistencial das práticas de saúde voltadas à família pressupõe:

- reconhecimento da saúde como um direito da cidadania em que se expressa a qualidade de vida;

- eleição da família e de seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- democratização do conhecimento do processo saúde - doença, de organização dos serviços de saúde e da produção de saúde;
- intervenção sobre fatores de risco aos quais a população está exposta;
- prestação de atenção integral, contínua e de boa qualidade nas especialidades básicas de saúde à população adscrita no domicílio, no ambulatório, e no hospital;
- humanização das práticas de saúde e a busca da satisfação do usuário através do estreito relacionamento da equipe de saúde e da comunidade;
- estímulo à organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social e do estabelecimento de parcerias, buscando desenvolver ações intersetoriais.

A proposta, formulada pelo Ministério da Saúde, elenca alguns princípios sob os quais as Unidades de Saúde da Família devem atuar, sendo eles:

- caráter substitutivo: não significa necessariamente a construção de novas estruturas de serviços em locais que disponham de uma ampla rede de unidades de saúde, e sim a substituição do modo de produzir o serviço, por um novo processo de trabalho.
- integralidade e hierarquização: a Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ação, configurando-se a porta de entrada ao serviço. Esta unidade deve estar inserida na rede de serviços, garantindo o acesso aos demais níveis de complexidade assistencial, caso seja identificada esta necessidade, assegurando uma eficaz referência e contra- referência, garantindo uma atenção integral aos indivíduos e à família.
- territorialização e adscrição da clientela: sendo definido que cada equipe de Saúde da Família deve possuir um território de atuação, com um determinado número de famílias sob sua responsabilidade que pode variar de 800 a 1000 famílias. A equipe deve desenvolver atividades que contemplem tanto ações individuais (consultas, orientações), como coletivas de

vigilância em saúde, com ênfase na população adscrita, a saber: o cadastramento das famílias, visita domiciliar para acompanhamento, planejamento local e grupos educativos.

- equipe multiprofissional: a equipe de Saúde da Família é composta por médico (de família e/ ou generalista), enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo outros profissionais serem incorporados de acordo com a demanda e com as necessidades presentes.

A principal mudança, com a proposta do PSF, é no foco de atenção que deixa de ser centrado exclusivamente no indivíduo e na doença, passando também para o coletivo, sendo a família o espaço privilegiado de atuação no contexto social. Isso implica em aprendermos a lidar com este novo recorte, tomando agora a família como objeto de trabalho, identificando instrumentos e saberes que possam transformar nossa prática assistencial em direção a uma prática pautada nos princípios éticos e morais voltado ao respeito do usuário e a integralidade e que possam levar a uma maior autonomia dos usuários

Essa perspectiva faz com que a família passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem relações intra e extra - familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social” (BRASIL,1998, p.8).

Assim, o PSF é colocado como uma política pública e, portanto, uma estratégia desenvolvida para promover mudanças no atual modelo de assistência à saúde do país, possibilitando efetivamente que sejam colocados em prática os princípios que norteiam o SUS, como: integralidade da assistência, universalidade, equidade, participação e controle social, intersetorialidade, resolutividade, saúde como direito e humanização do atendimento. E ainda, eleger como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais. Propõe trabalhar na perspectiva da vigilância à saúde, com responsabilidade integral sobre a população que reside na área de abrangência de suas unidades de saúde (BRASIL, 1998).

A vigilância à saúde inclui o fortalecimento das ações de vigilância epidemiológica e sanitária, a implantação de ações de vigilância nutricional dirigidas a grupos de risco, a vigilância na área de saúde do trabalhador, levando em conta os ambientes de trabalho e os riscos operacionais, a vigilância ambiental em áreas específicas de risco epidemiológico, sem perder de vista a necessidade de reorientação das áreas de prevenção de riscos e de recuperação da saúde, isto é, a própria assistência médico-ambulatorial, laboratorial, e hospitalar (TEIXEIRA, 2004 b).

Segundo Paim (2002, p. 363), “apesar da relevância da ampliação do PSF faltam, contudo, evidências que apontem esse programa como estratégia³ suficientemente eficaz para a reorientação dos modelos assistenciais dominantes ou mesmo como “política de governo”. Essa continua sendo a política de ajuste estrutural com estabilização monetária, ou seja, a saúde da moeda e não a saúde da população.

Assim, o fato de autoridades de saúde declararem que o PSF representaria o novo modelo assistencial do SUS indicava uma compreensão equivocada, posto que uma situação de saúde tão heterogênea e complexa como da população brasileira não se enquadraria em um único modelo por mais “novo que fosse” (MENDES, 2002).

O PSF traz, na sua concepção teórica, a tradição herdada da vigilância à saúde, por outro lado, reconhece que a mudança do modelo assistencial se dá a partir da reorganização do processo de trabalho. Partindo de uma crítica ao atual modelo, que tem nas ações e nos saberes médicos a centralidade dos modos de fazer a assistência, propõe um novo modo de operar o trabalho em saúde. A alternativa pensada estrutura o trabalho assistencial a partir de

³ Diante dessa discussão de Paim sobre o PSF, como programa ou estratégia, achamos importante trazer as contribuições de Morin (2002, p.62): “O programa é a determinação a priori de uma seqüência de ações tendo em vista um objetivo. O programa é eficaz, em condições externas estáveis, que possam ser determinadas com segurança. Mas as menores perturbações nessas condições desregulam a execução do programa e a obrigam a parar. A estratégia, como o programa, é estabelecida tendo em vista um objetivo; vai determinar os desenvolvimentos da ação e escolher um deles em função do que ela conhece sobre um ambiente interno. A estratégia procura incessantemente reunir as informações colhidas e os acasos encontrados durante o percurso.. Uma estratégia traz em si a consciência da incerteza que vai enfrentar e, por isso mesmo, encerra uma aposta. Deve estar plenamente consciente da aposta, de modo a não cair a não cair em uma falsa certeza.

equipes multiprofissionais (FRANCO, 1999). Este mesmo autor, afirma que o PSF enxerga onde está o problema do atual modelo assistencial: no processo de trabalho. Contudo, não consegue fazer mudanças, porque é engolido pela feroz dinâmica do trabalho médico centrado, e por não saber como realizá-las inclusive por limitação ideológica de seus operadores, acaba operando centralmente na produção de procedimentos e não na produção do cuidado e da cura.

Também Campos (1997a) enfatiza que: “o Projeto Médico de família apenas arranha esta lógica (da racionalidade e da prática médico-hospitalar). Contém diretrizes interessantes que permitiriam reformar a clínica”.

Entretanto, o autor questiona por que só o médico de família deveria trabalhar com vínculo, cuidado integral e atenção domiciliar? O que fazer com a rede de Centros de Saúde já existentes? E por que não estender as diretrizes do médico de família para todos os profissionais que trabalhem na rede básica? (CAMPOS, 1997a, p.22).

Na verdade, parece-nos que a “Saúde da Família” suscita o debate em torno de uma questão crucial e recorrente nas diversas propostas de reformas médicas: a universalidade da atenção com integralidade e equidade vis-à-vis a necessidade de controlar e de reduzir o consumo e os gastos incrementais em saúde (DONNANGELO, 1975; ALMEIDA, 1993, 1995).

Diante dessas proposições, a grande pergunta que se faz no âmbito nacional, através da maioria dos autores (MERHY, 1997; FRANCO, 1999; MENDES, 2002; PAIM, 2002.), será a estratégia saúde da família capaz de reorientar o modelo assistencial vigente, de caráter curativo/individualista, flexneriano? Será a saúde da família uma alternativa às práticas convencionais? A saúde da família terá a capacidade de mudar a relação dos trabalhadores de saúde (ESF) com os usuários? A saúde da família estabelece relação com a rede

convencional? A equipe do PSF, no fazer cotidiano, tem consciência da criação do espaço interseção⁴ que se constroem entre os profissionais de saúde e a família?

A Saúde da Família, a única que, por ter sido elevada à categoria de “estratégia de mudança de modelo assistencial” pelo Ministério da Saúde, particularmente a partir de 1998, vem sendo implantada de forma a abarcar, paulatinamente, toda a rede de serviços básicos do SUS.

A atual política do MS reafirma essa opção com relação à reorganização do modelo de atenção à saúde, propondo como eixo desse processo a ampliação e a qualificação da atenção básica. Desse modo, enfatiza a importância de implementação da estratégia de Saúde da Família com a consolidação do trabalho das equipes nos pequenos e médios municípios e o avanço do PSF para os grandes municípios das regiões metropolitanas, através do Programa de expansão da Saúde da Família – PROESF que, inicialmente, estava previsto para atuar em 100 municípios, hoje já está presente em 230. Esse projeto tornou-se fundamental para expandir a rede de Atenção Básica, em municípios de grande porte, com mais de 100 mil habitantes (SOLLA, 2004).

A pertinência dessa estratégia para a extensão de cobertura da atenção básica vem sendo evidenciada pela enorme expansão do número de equipes do PSF⁵ implantadas em todo o país, ainda que não se possa afirmar que, no conjunto, as ações e os serviços produzidos signifiquem, de fato, a mudança do conteúdo das práticas e da forma de organização do processo de trabalho previsto nos documentos oficiais. Alguns estudos evidenciam que a prática das equipes do programa saúde da família se concentra, basicamente, na oferta de serviços básicos⁶ e na persistência de uma baixa qualidade de atenção e baixa efetividade na

⁴ O termo interseções será usado para designar o que se produz nas relações entre “sujeitos” no espaço das interseções, que é um produto que existe para os “dois” em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo na qual os inter se colocam como instituinte na busca de novos processos (MERHY, 1997, p.87).

⁵ A expansão do número de Equipes do PSF já foi referido no corpo do trabalho, p. 22. Ver Solla, 2004.

⁶ Ver com mais detalhes:

resolução de problemas comuns como, por exemplo, o controle das diarreias em menores de 01 ano ou a redução da mortalidade materna.

Teixeira (2004b) destaca que um dos resultados indesejados da estratégia saúde da família vem sendo o crescimento da demanda por serviços de média e de alta complexidade, decorrentes da expansão de cobertura da atenção básica, sem que, ao mesmo tempo, se verifique um aumento da resolutividade desse nível de atenção. A implantação do PSF ainda que represente a garantia do direito constitucional do acesso a serviços de saúde, não se faz acompanhar de impacto positivo sobre as condições de saúde da população como um todo, concentrando, na maioria das vezes, os efeitos positivos sobre alguns indicadores de saúde, como é o caso da mortalidade infantil.

Elias et al. analisando a implantação do PSF na metrópole paulista 2001 -2003, sob a ótica dos gestores, em nível central e dos diretores de distrito de saúde destacam que esses atores consideram que "o PSF é um modelo estruturante do SUS no município" e é também apresentado como estratégia privilegiada par a estruturação do SUS no município, constituindo – se em uma porta de entrada do sistema de saúde, bem como na garantia de acesso da população a todos os níveis do sistema de saúde de natureza organizada e, fundamentalmente, humanizada (2004, p.64).

Para os autores, a análise do processo de implantação do PSF neste município é central para confirmar a potencialidade do programa como estruturante da Atenção Básica.

Pelo exposto, percebe-se que há uma centralidade e um consenso dos vários autores no sentido de considerar o PSF com um potencial na estruturação da Atenção Básica.

Entretanto, quanto à mudança do modelo assistencial, embora o Ministério da Saúde considere que o PSF vem buscando não só a ampliação do acesso da população aos serviços de saúde, mas também uma mudança de modelo, que implica necessariamente na articulação da Atenção Básica com a média e a alta complexidade, envolvendo a integração de políticas estratégicas; a literatura aponta que há uma fragilidade nesse aspecto, daí a necessidade de que se aprofunde a análise em torno das limitações dessa proposta.

Para remodelar a assistência à saúde, o PSF apresenta potencialidade para modificar os processos de trabalho, fazendo-os operar também com tecnologias leves, mesmo que para a produção do cuidado seja necessário o uso de outras tecnologias. Portanto, pode – se dizer que a implantação do PSF não é sinônimo de garantia da mudança do modelo assistencial, tendo em vista que isso vai depender de conseguir reciclar a forma de produzir o cuidado em saúde.

A construção de modelos tecnoassistenciais, nos dizeres de Campos (1992), pode ser entendida como uma mediação entre a determinação histórico-estrutural de políticas sociais e das práticas de saúde, ou seja, uma instância na qual atores sociais reelaborariam determinantes macrosociais e determinantes disciplinares, em função de seus projetos singulares.[...] ‘‘Modelo, portanto, seria esta coisa tensa, que nem é só produção e tão pouco ‘só tecnologia’’. (CAMPOS, 1994, p.15).

Com relação ao PSF e ao modelo assistencial, Franco e Merhy (1999) apontam que a mudança do modelo requer uma consciência sanitária e uma adesão dos trabalhadores ao novo projeto. Por conseguinte, a forma de trabalhar deve estar em sintonia com a nova proposta assistencial, o que dificilmente se consegue com normas editadas verticalmente e chamam atenção de que a implantação do PSF por si só não significa que o modelo assistencial esteja sendo modificado.

Caminhando nessa mesma direção, Franco e Merhy, críticos do PSF, apontam que o Programa Saúde da Família da forma que está estruturado pelo Ministério da Saúde, não lhe

dá a possibilidade de se tornar, de fato, um dispositivo de mudança, daí porque há uma indicação dos mesmos que “o programa se recicle para incorporar potência transformadora, assumindo uma configuração diferente” (1999).

Teixeira afirma que o processo de reforma ou a mudança do modelo de atenção à saúde exige a implementação de mudanças político – gerenciais que criem condições favoráveis para a introdução de inovações nas dimensões gerencias, organizativas e técnico – assistenciais no âmbito das políticas de saúde. Tais inovações podem incidir tanto no conteúdo das práticas, quanto na organização do processo de trabalho nas unidades de prestação de serviços e também na forma de organização das unidades em redes assistenciais, o que significa buscar o ajuste possível entre o perfil de oferta de ações e de serviços, as necessidades e a demanda da população. (TEIXEIRA, 2004).

Indo nessa mesma direção, autores como: Franco e Merhy, 1999; Mendes, 2002; Paim, 2002; destacam que o PSF está longe de constituir – se um modelo organizacional de Atenção Primária à Saúde de forma hegemônica.

Contudo, é importante ressaltar nesse campo as contribuições de Teixeira (2004b) quando afirma que

a expansão e a qualificação da Atenção Básica, através da flexibilização e do aperfeiçoamento da Saúde da Família, à luz do debate atual e da experiência internacional e nacional acumulada na área de saúde pública/ coletiva, representa a possibilidade histórica de superação do “modelo médico – assistencial curativo e hospitalocêntrico”, desde que se invista na requalificação do processo de trabalho em saúde em todos os níveis do sistema (2004b, p. 20).

Mediante todo esse tenso cenário, é importante ressaltar como vem se dando a implantação, em termos numéricos, do PSF no Brasil..

Segundo o documento preliminar sobre o PSF, esperava-se que no primeiro ano de funcionamento (1994), o Programa fosse implantado nos 26 estados da federação e no distrito Federal, sendo que 2.500 equipes de trabalho deveriam ser instaladas para o atendimento de 2,5 milhões de famílias, e as áreas escolhidas prioritariamente para o início do Programa

seriam aquelas “delimitadas no Mapa da Fome do IPEA, de acordo com as características geográficas e a distribuição da população de cada município” (BRASIL, 1994, p.12).

A conformação da Saúde da Família pelo país afora, mobilizada pela possibilidade do incremento financeiro ao município que se comprometesse com sua implantação, foi determinando, de certa forma, a perspectiva de se colocar gradativamente a Saúde da Família como uma política pública para a reestruturação da atenção básica.

Em março de 1996 (gestão Adib Jatene), por meio de documento preliminar sobre o PSF, aparece certo cuidado com a imagem do programa: não se constituindo, portanto, em um modelo simplificado, de pobre para pobre, o PSF também não recorta a população em fatias (mulher e criança), nem a atenção em níveis (primário). Integralidade significa também articulação, integração e planejamento unificado de atuação intersectorial. Estas idéias subsidiam o modelo do PSF” (VASCONCELLOS, 1998, p.156).

O ano de 1998 parece ter se constituído um marco para o processo de consolidação do Programa, uma vez que o Ministério o coloca como estratégia estruturante para a organização do sistema de saúde. Sendo definido que

Para que o Sistema Único de Saúde funcionasse, o Ministério da Saúde considerava que era necessário sua estruturação numa base municipal sólida e que o mecanismo para isso era a estratégia do PSF organizando a atenção básica. As ações precisavam de fortalecimento para atingir, com qualidade e sustentabilidade, a meta de 150 mil agentes comunitários de saúde e 20 mil equipes do Saúde da Família em atuação no país, até o fim de 2002 (BRASIL, 2002c, p.6).

O PSF vem sendo implantado e incrementado no país de forma gradativa. Em janeiro de 2002, estava funcionando em 4114 municípios brasileiros. Cada equipe do PSF atendia entre 600 a 1000 famílias – 3475 pessoas em média. Eram 16.657 equipes atuando em todo o país, atendendo mais de 53 milhões de brasileiros. A região Nordeste tem 6.623 equipes; na Região Norte há 1.169; no Centro Oeste, 1.417; no Sudeste, 5.090 e no Sul existem 2.358 equipes de saúde da família (BRASIL, 2003c).

Em termos percentuais, o PSF estava presente em 64,5% do total dos municípios, o que significava uma cobertura populacional de 27.7% dos brasileiros. Mas essa cobertura

varia de 37,9% no nordeste, 31,1% no centro oeste, 25,6% no norte, 24,4% no sul e 16,5% no sudeste. A meta do Ministério da Saúde, para o fim de 2002, era atingir 20.000 equipes de PSF, com uma cobertura populacional de 40%. Em janeiro de 2003, a população assistida pelo Programa de saúde da Família era de 55 milhões pelas Equipes de saúde da Família e, em janeiro de 2004, a cobertura passou para 62,5 milhões de brasileiros e conta, atualmente, com 18.815 Equipes do PSF em 4.455 municípios (SOLLA, 2004).

Embora já exista um aumento em termos percentuais na cobertura municipal e na populacional, é importante ressaltar que a implementação da estratégia do PSF ainda não é um indicativo de reorientação do modelo assistencial, visto que, do ponto de vista operacional, depara-se com inúmeras dificuldades quando se consideram as diretrizes da estratégia como: carga horária, vínculo, intersetorialidade, trabalho em equipe, e entre outros a precarização das relações de trabalho dos profissionais.

Dessa forma, ao tentar compreender, nesta pesquisa, a articulação da atividade gerencial à estratégia do PSF enquanto alternativa de mudança e ou reorientação do modelo assistencial e, mais especificamente, a prática dos gestores, dos gerentes das Unidades de Saúde da Família e dos coordenadores do PSF no âmbito municipal, vários questionamentos surgem com base na literatura científica e na nossa própria experiência profissional:

Os gestores e os gerentes, na instância municipal, compreendem e tomam o PSF enquanto estratégia de mudança do modelo assistencial?

A prática dos diretores de unidades de saúde da família e coordenadores do PSF na estratégia saúde da família apontam caminhos de manutenção e/ou reorientação do modelo assistencial?

Na forma como se configura contemporaneamente a gestão e o processo de trabalho no PSF é possível a ruptura com o modelo hegemônico é possível a mudança na prestação da atenção à saúde para um novo formato “usuário centrado?”.

Os gestores e gerentes municipais consideram importante a participação dos trabalhadores de saúde e dos usuários no fazer cotidiano da gestão e na efetivação nas mudanças significativas no sistema de saúde?

Tomando essas questões, delinea-se a possibilidade de se refletir sobre a gerência dos serviços de saúde através da prática dos gestores e dos gerentes municipais de saúde, como uma ferramenta importante para imprimir uma dada direcionalidade ao processo de trabalho em saúde nas UBS, no sentido da produção do cuidado de saúde, não se restringindo ao desenvolvimento de atividades burocráticas como se tem verificado de forma intensiva nos serviços de saúde. Essa possibilidade leva, portanto, a se pensar na construção de alternativas que possam diminuir a distância entre os que comandam, os que dirigem, e aqueles que executam cotidianamente as ações de saúde “ trabalhar para que todos sejam em alguma medida gerentes, reformular os organogramas das instituições redistribuindo o poder de decidir” (CAMPOS, 1994, p. 32).

Dessa forma, quando pensamos no tema da gerência, articulada a estratégia do PSF, a tomamos na perspectiva de compreendê-la como um instrumento do processo de trabalho em saúde capaz de contribuir ou para a transformação deste processo de trabalho na direção de um modelo assistencial usuário centrado, e não em função do controle e dos procedimentos e, enquanto tecnologia do trabalho em saúde, capaz de ser protagonista de mudanças e compromissada com a defesa da vida do usuário. Assim, para se avançar nas concepções teóricas que embasam esta pesquisa, é necessário fazer um parêntese para apresentar e destacar a compreensão que se tem neste estudo da questão do processo de trabalho em saúde, e considerar a sua centralidade no modo de produzir saúde.

Na atualidade, um dos temas mais tratados e problematizados vem sendo “ o modo como se estruturam e gerenciam os processos de trabalho nos distintos tipos de

estabelecimentos que ofertam serviços de saúde essencialmente comprometidos com a defesa da vida individual e coletiva” (MERHY, 1997, p. 7).

Segundo o autor, a vida dos serviços de saúde tem mostrado que, conforme os modelos de atuação adotados, nem sempre a produção do cuidado está comprometida efetivamente com a promoção “, (MEHRY, 2002, p.118) e nem apresentam um compromisso com o usuário, portanto, é necessário pensar alternativas aos moldes ineficientes e ineficazes que, muitas vezes, operam nos serviços de saúde.

1- O Processo de Trabalho em Saúde e a Gerência

Utilizamos a categoria trabalho, segundo a vertente marxista, a qual não pode ser considerada independentemente de uma formação social, ou seja, de uma forma específica de estrutura e de organização da sociedade e das peculiares relações humanas que constituídas e constituintes da mesma. Tal como as sociedades capitalistas na modernidade.

Para Marx (1987, p. 202), o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza (...). Atuando sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. (...). Pressupondo o trabalho sob forma exclusivamente humana (...), o homem não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato fortuito. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é mister a vontade adequada que se manifesta através da atenção durante todo o curso do trabalho.

Referido de outra forma, o trabalho é pensado enquanto transformação intencional da natureza pelo homem (em que homem e natureza vão se recriando) para a satisfação de suas necessidades, que resultam das e nas relações sociais e históricas deste mesmo homem e

natureza. Portanto, o trabalho é uma condição da existência do homem, independente de todas as formas de sociedade.

Para Mendes Gonçalves (1994), o trabalho é entendido como uma atividade humana realizada por um grupo de pessoas que a ela se dedica e, assim, reproduz uma existência humana. O trabalho é determinado por uma necessidade ou carência, é o meio de subsistência para a satisfação das necessidades materiais e não materiais, e também possibilita a livre criação.

Segundo Merhy (1997), a concepção marxista considera o trabalho “antes de tudo como uma práxis que expõe a relação homem e/ ou mundo em um processo de mútua produção. Assim, o trabalho produz o homem, mesmo que este seja a fonte daquele e que, em potência, de modo virtual, seja o lugar da criação e o momento de existência e a expressão do trabalho vivo em atividade”. Esse mesmo autor afirma que o trabalho não é somente uma atividade, é também uma práxis e essência geradora das relações sociais.

O trabalho é o ato humano, pelo qual os homens (em sociedade) produzem e reproduzem sua existência tanto no plano material como na subjetividade e ambos se condicionam mutuamente. Um dado processo de trabalho não ocorre isoladamente, mas numa rede de processos que se alimentam reciprocamente e o processo de trabalho só pode ser apreendido enquanto tal, se forem considerados, todos os seus componentes. Segundo Marx (1987) são elementos do processo de trabalho: trabalho em si (atividade produtiva com um objetivo), finalidade (antevisão ou idealização do objeto já transformado), objeto (matéria a ser transformada), meios (elementos necessários ao processo de trabalho que são pré-condições essenciais para o trabalho e também os elementos através dos quais o trabalho se exerce sobre o seu objeto).

O objeto de trabalho contém o produto, resultante do processo de transformação efetivado pelo trabalho e os meios/instrumentos de trabalho são constituídos pelo trabalhador

que assim estendem sua possibilidade de intervenção sobre o objeto (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Dito de outra forma:

um objeto de trabalho é um fragmento da realidade recortado por um olhar que concebe, intelectualmente, um produto. A atividade do homem opera uma transformação subordinada a um determinado fim no objeto sobre o qual atua por meio do instrumental de trabalho. Os instrumentos ou meios de trabalho permitem a aproximação e transformação do objeto; as características do objeto, de um lado, e a finalidade do trabalho, de outro, determinam as características dos meios de trabalho (ROCHA, 1990).

A divisão técnica e social do trabalho contribui para o processo de alienação (é que fica cada vez mais distante a apreensão do trabalho enquanto inteiro, colado, a uma finalidade e a uma intencionalidade), esta divisão pressupõe um processo de colaboração. O trabalho não se realiza por um indivíduo, mas por um grupo de pessoas que não participou necessariamente da decisão do que será construído e nem da discussão sobre a finalidade do que produz e de sua forma de distribuição; no entanto, o trabalho, enquanto transformação de um algo antes em um algo depois, só se concretiza através da complementaridade, da colaboração entre os trabalhadores.

O trabalho em saúde segue as leis do trabalho em geral, resumidamente, temos o cuidado ou a necessidade individual/coletiva como geradora de uma ação. Esta se desencadeará a partir do estabelecimento de um projeto direcionado para uma finalidade e com o poder de transformação de um objeto de trabalho (fazendo uso de ferramentas – saberes/conhecimento e força de trabalho) que resultará em um produto a ser oferecido para o consumo/utilização, que poderá satisfazer aquele cuidado inicial (MENDES-GONÇALVES, 1992).

MERHY (1997) nos chama atenção para duas características fundamentais do trabalho humano – a sociabilidade e a intencionalidade - características estas que diferenciam o trabalho humano do trabalho animal e que encaminham para a perspectiva do homem

trabalhar a partir de um “recorte interessado” do mundo, “projetando-o para as atividades que irão compor o processo de trabalho responsável pela produção” (MERHY, 1997, p.81) daquilo que se tem em foco.

Assim, antes da realização do produto final, o homem imagina/ projeta o que quer produzir: “o arquiteto ou qualquer homem em atividade de produção de uma moradia, vemos que o produto que realizará, antes de ser construído concretamente, já está pensado, já foi construído mentalmente. E esta construção mental se antepõe ao processo de trabalho em si, e a ele dá um certo sentido de perseguir a finalidade de realizar o projeto pensado.

Esse projeto não está presente na atividade de construção da moradia da abelha, pois esta fabrica sua colméia como se estivesse obedecendo a um certo código fixo, gerando sempre um mesmo produto: a colméia, formada pelos mesmos desenhos e com os mesmos materiais. (MERHY, 1997, p.81). Dessa forma, o que de fato imprime essa diferença entre o trabalho do homem e dos outros animais é sua capacidade de construir mentalmente seu objeto, pois, por mais habilidosa que seja a abelha ao construir a sua colméia, ela é incapaz de fazê-la em seu psiquismo.

O processo de trabalho em saúde está como qualquer processo de trabalho humano, marcado por uma direcionalidade, pressupondo uma antevisão dos resultados e uma ação que requer, para ser implementada, uma adaptação constante às características particulares do indivíduo com sua história (FRACOLLI, 1999).

O trabalho em saúde se materializa nas relações do homem com outros homens e com a natureza, nas quais se fazem necessárias adaptações ativas e transformações ou manutenções, portanto, o homem é produtor e produto destas relações e, nesta perspectiva, produzir saúde vai além do corpo para a produção.

Dessa forma, a produção em saúde se faz também em relações, produzindo e produto das relações.

O processo de trabalho em saúde não pode se limitar à polarização entre aqueles que “o produzem” (trabalhadores de saúde) e aqueles que “o consomem” (usuários dos serviços) tendo em vista que se constrói, na relação destas pessoas, um processo permanente de inter-relação com a sociedade em que vivem, seu modo de produção, seus valores, costumes, sentimentos, razões, que estão em movimento, estão entre luta de opostos, estão se cristalizando e se modificando ao mesmo tempo.

Merhy (1997), a partir das concepções marxistas acerca do processo de trabalho em saúde, apresenta o conceito de trabalho vivo e trabalho morto. Aproximando esses conceitos, ele diz que:

o trabalho não é compreendido somente em sua dimensão mais operativa enquanto uma atividade antes de tudo, como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção. E assim o mundo “produz” o homem, mesmo que este seja a fonte daquele e que, em potência, de modo virtual, seja o lugar da criação e o momento de existência e expressão do trabalho vivo em atividade. (MERHY, 1997, p.81).

Portanto, esses novos fazeres, novas práticas se materializam em “tecnologia de trabalho”, usada para produzir saúde. Tecnologia, aqui, entendida como o conjunto de conhecimentos e ações aplicados à produção de algo. Esse conhecimento pode estar materializado em máquinas e instrumentos, em recursos teóricos, e em técnicas estruturadas, como tecnologias duras e leve-duras⁷, respectivamente, lugares próprios de trabalho morto⁸. Por outro lado, este conhecimento pode estar disperso nas experiências e nos modos singulares de cada profissional de saúde apenas seu trabalho vivo em ato, como na produção de relações tão fundamentais para o trabalho em saúde, que é essencialmente um trabalho intercessor (MERHY, 1997). Esta função criativa e criadora que pode caracterizar os serviços

⁷ Concordamos com a classificação das tecnologias de trabalho em saúde, conforme Merhy, em três tipos: Tecnologias duras, as inscritas nas máquinas e instrumentos, tecnologias leves, as chamadas tecnologias das relações, do acolhimento e às tecnologias leves – duras são os saberes bem estruturados como, por exemplo, a clínica e a epidemiologia Ver Merhy, E.E., obra citada.

⁸ Ver MERHY, E.E. “Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde”. In MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

de saúde, a partir das relações singulares, é operada por tecnologias leves, território onde se inscreve “o trabalho vivo em ato”. Isto só será possível, por conquista ou por política institucional, que cada trabalhador utilize o máximo de sua potência para resolver efetivamente os problemas de saúde dos usuários.

Podemos, com o auxílio de MERHY (1997, p.83), definir trabalho morto como:

todos os produtos meios que neles estão envolvidos [...]ou como ferramentas ou como matéria prima [...] e que são resultados de um trabalho humano anterior [...]. E os chamamos de trabalho morto neste processo [...] porque, apesar de ser produto de um trabalho vivo, agora ele é incorporado como uma “cristalização” deste trabalho vivo e distinta do próprio trabalho vivo em si [...].

Já o trabalho vivo seria aquele que se dá em ato, é trabalho em ação, é trabalho que se realiza utilizando-se de certo saber operante e de determinados instrumentos materiais, com a possibilidade de expressão, de criação por parte do trabalhador. O trabalho vivo faz uso do que é dado (trabalho morto) e pode exercer alguma autonomia, sobre esse já dado.

no trabalho vivo em saúde, temos trabalho vivo permanentemente trabalho em ato, e nele podem estar presentes a finalidade, a antecipação em pensamento e o acionar de processos de criação, satisfazendo necessidades desse próprio homem, que se reconhece nessa forma de trabalho (FORTUNA, 1999, p.13).

O trabalho vivo em ato é aquele que ocorre no momento mesmo que ele se realiza, no imediato fazer a produção do serviço.

É importante destacar que, através da expressão do trabalho vivo, o trabalhador pode se apropriar dos meios /instrumentos para re-criação do trabalho, de si e dos outros, fazendo-se produto e produtor de trabalho.

Ao tomar a expressão trabalho vivo e examiná-la na perspectiva do capitalismo, é importante que se observe que esse propõe a captura do trabalho vivo através de instrumentos, dentre eles podemos citar os processos de gestão/e gerência⁹.

⁹ Embora alguns autores como JUNQUEIRA, 1990; MALIK; VECINA NETO, 1993 considerem não haver muito sentido a distinção entre os termos gestão e gerência, é importante destacar que a Norma operacional Básica 01/ 96 – NOB 96 estabelece a diferenciação dos termos para o setor saúde, não apenas do ponto de vista conceitual mas de natureza prática, ao definir níveis diferenciados de responsabilidade e compromisso dos

Campos (2000) afirma que a Administração Científica, abordagem clássica do pensamento administrativo, proposta por Frederick Winslow Taylor, e fundadora de um modo de governar, em seus princípios gerais, ainda não foi superada, o autor aponta que, embora o campo da gestão tenha ampliado desde os primeiros passos pela Administração Científica, a disciplina e o controle continuam sendo o eixo central dos processos de gestão.

Merhy (1997), analisando a produção de automóveis em uma fábrica brasileira, destaca que há uma lógica na linha de produção que tem que ser seguida e que, neste tipo de organização, “há um conjunto de ações cuja finalidade é o de garantir a plena “captura na linha de produção do trabalho vivo em ato, sendo que essas ações devem atuar para aparar o sentido de auto governo, colocando - o, o tempo inteiro, a serviço da sua lógica capitalista empresarial, previamente definida” (MERHY, 1997, p.95).

Essa idéia de captura do trabalho vivo estava muito presente na diretriz operacional de Taylor, que era um capitalista e apostava no desenvolvimento de “tecnologias gerenciais para as organizações produtivas que capturassem o trabalhador nos seus exercícios de liberdade e autonomia, no terreno do trabalho vivo em ato” (MERHY, 2002, p. 55).

Entretanto, o trabalho em saúde possui as suas especificidades, tendo em vista que o trabalho vivo não se deixa capturar plenamente, pois não é possível obter estratégias com tal competência, haja visto que “a captura do global do auto - governo nas políticas de saúde não é só muito difícil e restrito, mas impossível pela própria natureza tecnológica desse trabalho” (MERHY, 1997, p.98).

trabalhadores de saúde nas esferas federais, estaduais e municipais. Considera o termo gerência para os estabelecimentos de saúde, ou unidades de saúde e, nesse sentido, são denominados gerentes os diretores das unidades de saúde ou das regionais de saúde – considerando – se o caso do Maranhão – enquanto gestão se refere ao sistema como um todo. Isto é, mais no sentido macro. São considerados nessa instância os secretários estaduais e municipais de saúde e o Ministro da Saúde na esfera federal. Nesse trabalho considero os termos levando em conta a NOB supracitada devido ao universo pesquisado. Entretanto, assim como Mishima (2003), opto para a utilização do termo gerência uma vez que passo a olhar para o processo de descentralização do sistema e dos serviços de saúde, podemos localizar a gerência como um componente estratégico para a transformação do processo de trabalho em saúde e do modelo de atenção à saúde.

Merhy afirma ainda que o trabalho vivo não se deixa capturar totalmente, abrindo brechas, linhas de fuga de novas possibilidades.

O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram -se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção. (2002, p.29).

Evidenciar esses aspectos é de fundamental importância e relevância, pois permite a compreensão do trabalho em saúde como uma prática social e que tem finalidades e se define social e historicamente. Utiliza-se de tecnologias diversas, instrumentos e saberes, e toma como objeto de sua ação o homem enquanto sujeito social.

A incorporação da categoria trabalho traz importante contribuição para entender o processo de produção das ações de saúde, que inclui uma finalidade, um objeto, instrumentos, processos e o sujeito desta ação. Este por sua vez trabalha sustentado por uma concepção de homem, processo saúde - doença - cuidado, e este projeto de ação se apresenta a partir de necessidades individuais e coletivas articuladas a processos políticos e estruturais. (MISHIMA, 2003).

Mendes-Gonçalves (1992), um dos pioneiros a estudar o processo de trabalho em saúde, em seus estudos especifica os elementos que constituem o processo de trabalho em saúde, considerando que este se desenvolveu no capitalismo, orientado pela finalidade de controlar as doenças em escala social e de recuperar a força de trabalho incapacitada. Afirma que esse processo de trabalho toma, como objeto de ação, o corpo humano investido socialmente, nas dimensões individual e coletiva. Esclarece que os meios e os instrumentos utilizados para intervir nesse objeto são representados pela força de trabalho em saúde e seu saber, pelos equipamentos de diagnóstico e de terapêutica e pelos serviços de saúde.

Abordada dessa forma, a tecnologia só tem sentido enquanto expressão conjunta das determinações internas e externas dos processos de trabalho. Há saberes, conhecimentos científicos ou culturais que podem transformar-se em momentos do processo de trabalho à medida que possam corresponder aos requerimentos técnicos, e sociais dos mesmos.

Assim, a tecnologia do processo de trabalho em saúde é tomada aqui como um saber e seus desdobramentos em técnicas materiais e não materiais que, ao darem um sentido técnico ao processo, dão-lhe também um sentido social.

Pensando dessa forma Almeida, Mishima e Peduzzi (1999), juntamente com as idéias de MENDES-GONÇALVES (1979,1994), trabalham com a concepção de tecnologia, não a restringindo ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho, mas constituído de saberes e por seus desdobramentos na produção de serviços. Dessa forma, colocam que as tecnologias expressam

relações entre os homens e entre os objetos sobre os quais trabalham, que não se ligam à eficácia útil dos instrumentos, mas dizem respeito às relações sociais que os homens estabelecem e modificam na sua relação com a natureza. (ALMEIDA; MISHIMA; PEDUZZI, 1999, p. 263).

A atividade gerencial, enquanto parte do processo de trabalho, enquanto instrumento, é considerada como uma ação interdisciplinar, na qual se fazem presentes determinações de ordem técnica, mas principalmente política, sendo necessária, dentro desta perspectiva, uma compreensão da dinâmica das relações político-econômico-sociais presentes na organização dos serviços de saúde dentro de um dado processo de trabalho (MISHIMA, 1995, p.48).

Sendo assim, parece de suma importância trabalhar-se com a concepção de que o desempenho das atividades gerenciais requer conhecimentos e habilidades que passam pelas dimensões técnicas, administrativas, políticas e psicossociais. Essas dimensões possuem significados próprios, permitindo caracterizar não um único estilo de gerência eficaz, mas qualidades que devem permear a ação do gerente (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1992, p.86).

Nesse sentido, a função gerencial requer um conhecimento adequado da organização, naquilo que é definido formalmente e naquilo que normalmente se chama de informal, e que gera o clima organizacional. Daí a importância de se visualizar o papel gerencial, não como um atributo individual, mas como um fenômeno relacional. Por isso se diz que um gerente isolado de seu contexto e de seus subordinados é uma abstração, útil do ponto de vista técnico, porém irrelevante quando se pretende contribuir para o aprimoramento do desenvolvimento gerencial (MATTOS, 1988).

Assim, o desempenho da gerência não passa apenas pelo planejamento e pelo controle, mas pelo trabalho com os trabalhadores de saúde que devem assumir um compromisso com os objetivos da organização.

Dessa forma, é importante destacar que na literatura clássica de planejamento e gestão estratégicos a função dos trabalhadores de saúde é cumprir as estratégias e adequar seu comportamento às diretrizes estabelecidas. Hoje, entretanto, há um entendimento diferente sobre o assunto. Wood (1992) propõe um modelo emergente em que os recursos humanos seriam os formuladores de estratégia em todos os níveis.

Sendo assim, os trabalhadores de saúde constituem o recurso estratégico por excelência, porquanto de seu desempenho depende em grande parte o desempenho organizacional. E, ainda, são “os gerentes que têm o desafio de obter resultados através das pessoas”.

Portanto, falar de gerência dos serviços de saúde como um meio de melhorar a eficácia do sistema passa pelo entendimento das diversas dimensões presentes na organização: pessoas, recursos, tecnologia, administração e políticos que têm o papel de combinar os anteriores na consecução dos objetivos organizacionais.

A gerência surge hoje, nas organizações de saúde, como um meio de dar eficácia aos serviços. Contudo, não podemos esquecer que parte significativa do discurso e das práticas

administrativas já está, há algum tempo, sendo utilizada no setor saúde. Talvez, hoje, o novo seja a necessidade de realizar uma releitura das práticas administrativas até então utilizadas. Entretanto, não podemos correr o risco de retificar o conceito ou reduzi-lo a um discurso que transforma a gerência na solução mágica para a eficácia do setor. Não resta dúvida que não há organização eficaz sem gerência, ou seja, sem um trabalho competente de prever, organizar, dirigir e controlar os recursos humanos, materiais e financeiros para atingir os objetivos da organização. Esse trabalho de gerência realiza uma tarefa de mediação entre pessoas, tecnologia, materiais e ambiente. O gerente, que é o responsável por essa tarefa, deve possuir um compromisso com os objetivos organizacionais e com a população a ser atendida (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1992), tendo claro o projeto a ser construído.

Portanto, uma das dimensões importantes na gerência é o comprometimento com a tarefa organizacional e o trabalho de envolver todos os trabalhadores de saúde nessa tarefa. Fazer com que cada um desempenhe seu papel, mas também assuma um compromisso conjunto de produzir um serviço de saúde, que satisfaça às necessidades da população (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1992).

Esses autores valorizam essa dimensão, mas outras dimensões desse processo têm sido também destacadas.

MISHIMA (1995) nos alerta que a função gerencial não implica, portanto, apenas no domínio dos conhecimentos técnicos, administrativos por quem a executa, mas na capacidade de compreender esta dinâmica maior de determinações sociais presentes na organização dos serviços de saúde.

Desta forma, trabalhar com a gerência de serviços de saúde implica entender tais relações, compreender a dinâmica em que estas se processam e os limites dela decorrentes. E de alguma forma identificar as contradições presentes no processo de trabalho como inerente ao seu próprio desenvolvimento e necessárias a sua transformação.

Para se avançar no sentido de compreender a gerência com esse papel transformador ou de manutenção do modelo assistencial, é necessário que se traga a conformação que vem assumindo a gerência dos serviços de saúde na organização das práticas de saúde.

1.1 A Gerência dos Serviços Públicos Municipais de Saúde

Os serviços de saúde têm características que geram exigências particulares, em termos de organização e de gestão. Por isso, os serviços de saúde podem estabelecer suas normas administrativas e padrões de funcionamento mas, ao mesmo tempo, não podem estar formalizados demais. Os prestadores precisam de autonomia para adaptar os serviços às necessidades específicas dos usuários. Isso convida a conceber organizações descentralizadas e flexíveis, isto é, com a capacidade autônoma de tomar decisões rápidas em função dos seus problemas próprios e das peculiaridades do seu ambiente. A autonomia dos profissionais não é tanto um direito quanto uma condição necessária para a produção de serviços de qualidade.

Campos (1997, p. 229) afirma, que, “ um dos principais segredos para assegurar a qualidade em saúde estaria na adequada combinação de autonomia profissional com certo grau de responsabilidade para os trabalhadores. [...] Autonomia pressupõe liberdade mas, para que o trabalho autônomo seja eficaz, pressupõe-se também capacidade de responsabilizar-se pelos problemas de outros. A autonomia responsável somente acontecerá quando houvesse interesse e envolvimento dos agentes com certa tarefa. O trabalho em saúde para ser eficaz e resolutivo depende sempre de certo coeficiente de autonomia dos agentes responsáveis pelas ações clínicas ou de saúde pública ” (CAMPOS, 1997, P. 230).

Labate destaca que articular responsabilidade, liberdade e compromisso, significa que ao profissional de saúde não basta saber. É preciso também querer e não adianta saber e querer, se não têm poder para acionar os mecanismos de transformação nos rumos da instituição que se quer mudar, isto é, os serviços de saúde.[...] “Só posso falar em

compromisso, se menciono a adesão, a partir de uma escolha do sujeito, a uma certa maneira de agir, a um certo caminho para a ação. É para que essa adesão seja significativa que devem se conjugar a consciência, o saber, a vontade, que de nada valem sem a explicação do dever e a presença do poder ‘’ (1997, p. 275).

O tipo de gestão que parece mais adequado a essas organizações é mais o consensual, o colegiado do que o autoritário.

É uma gestão que reconhece o papel central dos profissionais e, ao mesmo tempo, tem mecanismos para evitar os efeitos não desejados da autonomia de prática profissional e do corporativismo. Essa gestão enfatiza a definição de mecanismos de tomada de decisões que envolvem os profissionais tanto ao nível da formulação dos objetivos e das orientações gerais quanto da avaliação dos resultados: essa gestão aceita que os profissionais trabalhem não por obedecer à ordem, mas por responsabilidade (DUSSAULT, 1992, p.15).

O maior desafio de gestão das organizações de saúde consiste em responsabilizar os prestadores pela criação de um ambiente propício ao trabalho multiprofissional, interdisciplinar ou transdisciplinar¹⁰ e pela integração da participação dos usuários no processo de produção dos serviços. Por definição, esse tipo de gestão é mais democrático, no sentido de associar os prestadores ao processo gerencial (DUSSAULT, 1992).

Para o autor, a gestão de serviços públicos de saúde exige uma ética que privilegie o bem estar dos usuários e da comunidade, que considere os recursos disponíveis como um bem coletivo a ser usado eficientemente e com equidade. Em suma, uma ética própria de servidor da comunidade. O desafio dos dirigentes, além de ser modelos de comportamento ético, é suscitar a adesão dos membros de sua organização a essa ética (DUSSAULT, 1992).

O desafio posto aos gestores consiste, portanto, no exercício de suas funções de governo local, é colocar as questões da organização do trabalho na perspectiva das intenções de satisfação, de necessidades da população, de aspirações por qualidade de vida, para quais o trabalho profissional é um dos instrumentos de realização (MOTTA, 1999).

¹⁰ Ver ALMEIDA FILHO; NAOMAR. **A ciência da saúde**. São Paulo: Hucitec, 2000. 245 p.

Para que isso ocorra, é necessário que o trabalho em unidades de saúde – caracterizado ainda pelo modelo hegemônico – centrado nos procedimentos e com ênfase na assistência e no cuidado individual – seja modificado. As práticas de serviços devem ser recriadas para responder a essas necessidades, para alcançar resultados com os limitados recursos que se dispõem¹¹ e ainda promover a ação profissional criativa são os desafios de profissionais e gestores que têm compromisso com a transformação da realidade das condições de saúde.

Schraiber e Nemes (1996) consideram, de fato, como grande desafio para o gestor contemporâneo em saúde (garantir a universalidade e a equidade, possibilitar a participação popular e profissional, lidar com a integralidade, obter resolutividade e boa qualidade técnico-científica das ações). Em última instância, o cumprimento ou a operacionalização de tais princípios (ou, mais realisticamente, a distância entre eles e a situação dos serviços de saúde no Brasil) dependem muito menos de soluções técnico-científicas e econômicas e mais da possibilidade de abertura ou desencadeamento de processos sociais e intersubjetivos de criação/recriação constante de acordos, pactos, projetos coletivos, sempre conjunturais e transitórios que representam a eterna busca do ideal (necessária à vida, entendemos), mas sem cair na doença da idealidade, como nos ensina Enriqués (1994). Isto significa que qualquer projeto institucional/organizacional e qualquer projeto assistencial não podem significar a homogeneização total, a negociação do sujeito em troca de uma identificação absoluta ao grupo ou à organização em que se inserem, pois isto representa a morte do pensamento, da criatividade. Por outro lado, o peso do individualismo é tão grande em nossas organizações de saúde que é preciso abrir “fendas”, para provocar uma certa “desconcentração”, forçar o olhar para fora, para o outro, para se poder melhor olhar para dentro (SÁ, 1999).

¹¹ Essa afirmação sobre os limitados recursos não significa em hipótese alguma negar a sua real importância para os serviços de saúde, tanto assim, que o mesmo é referido posteriormente como uma das dificuldades no gerenciamento e operacionalização do PSF, porém, a nosso ver, não pode ser um elemento que mobilize a ação criativa desses trabalhadores de saúde.

Castro (1999) aponta que ao gestor ou ao gerente de unidade de saúde coletiva e de seus respectivos sistemas de saúde (em qualquer nível), a responsabilidade que se coloca atualmente (que é um grande desafio) é a de que, tendo um objeto a ser trabalhado (processo saúde-doença na população), há que se definir a estrutura/organização e as relações do sistema (serviço/processo gestão), tendo como referência, para tanto, a identificação e priorização dos problemas/necessidades da população a serem enfrentados, através de operações, que se traduzem como processos de trabalhos inovadores ou não, que se instalam na prática dos profissionais envolvendo atividades e cuidados assistências diversos na atenção à saúde dos cidadãos conformando-se assim os Modelos de Atenção.

A questão da gerência surge hoje, no setor saúde, como a solução para os problemas da prestação dos serviços de saúde, correndo o risco de se transformar em uma panacéia que não passa do discurso, porque, por si, não dá conta das peculiaridades e da determinação do setor (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1992).

A idéia de gerência, formulada na chamada escola clássica de administração, associada aos conceitos de planejamento e controle, teve a sua releitura no setor público e hoje merece ser repensada, buscando adequar-se à realidade desse setor e, em especial, da saúde.

As características que assumem a prestação de serviços públicos de saúde, a maneira pela qual se dá o processo de sua produção e o papel que passam a ocupar o modelo assistencial delineado para o setor, tudo isso faz com que a noção de gerência seja recontextualizada.

Quando se fala de gerência ou gestão dos serviços públicos de saúde como determinante de sua eficácia, é necessário ter clareza das condições e das determinações do setor, e ter presente que gerenciar significa não apenas dispor de recursos, mas de poder para a sua alocação ou realocação. A ausência ou deficiência de recursos financeiros e materiais

podem constituir importante obstáculo à produção dos serviços, porém a sua existência, mesmo em níveis ótimos, não determina sua eficácia e qualidade (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1992).

Para os autores, “a gerência não é um mecanismo atemporal, mas uma relação que se dá em uma organização, onde os diversos atores interagem, mediados pelos recursos, materiais, financeiros e tecnológicos, para atingir os objetivos organizacionais e, também, objetivos individuais e de grupos” (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1992, p.21).

A gerência, sem dúvida, é um dos fatores determinantes da eficácia da prestação dos serviços de saúde. Contudo, as determinações sociais da organização e os diversos atores organizacionais têm um papel significativo na eficácia da gestão. Portanto, a eficácia da prestação dos serviços públicos de saúde tem de passar também pela gerência, mas por uma gerência que tenha uma lógica referida ao compromisso com a saúde coletiva, com o bem estar da população, com a integralidade da atenção à saúde. Isso significa mudar a prática das organizações públicas de saúde, tendo em vista que a prática ainda é informada pela lógica do interesse privado, dos interesses das corporações e dos grupos que se articulam no seu interior. A gerência é importante na eficácia da prestação dos serviços de saúde não apenas treinando os dirigentes do setor público na perspectiva ensino-aprendizagem mas mudando suas condições de trabalho, responsabilizando-os pelos resultados e comprometendo-os com os objetivos da saúde coletiva, mas especificamente com a finalidade do projeto.

Para Campos (1997), o tipo de gestão desenvolvido em uma Unidade de Saúde, é um meio para se consolidar um determinado processo de produção de ações de saúde ou para transformá-lo, representando assim um instrumento importante para a mudança dos modelos assistenciais.

Mishima (1995), estudando a constituição da gerência na rede básica de Ribeirão Preto, apresenta-nos muito dos aspectos da gerência dos serviços de saúde.

A autora, quando discute a representação dos gerentes sobre o seu trabalho,

aponta que à ação gerencial cabe um trabalho de integração, de articulação não apenas do processo de trabalho interno à UBS, mas com os demais níveis do sistema de saúde, bem como com as instituições de sua área de abrangência, tanto a nível administrativo, quanto político e assistencial. E, portanto, uma atividade que busca fazer a ligação entre os diferentes níveis de intervenção e de poder, e que dá direção ao trabalho desenvolvido no nível local e que se ocupa da mediação de conflitos, permanentemente presentes entre os que prestam a assistência à saúde e os que a recebem, sendo necessária uma função que faça esta ponderação. O gerente é o elo de ligação” (MISHIMA, 1995, p.185-186).

Interessante, então, pensarmos que no espaço estabelecido, na relação permanente: gerência, trabalhadores e usuários vão-se construindo a necessidade de intermediar conflitos, Daí, é importante saber que a gerência é um processo em construção e se faz na práxis do cotidiano.

Nesse sentido, é importante continuarmos trazendo as contribuições de MISHIMA¹² que nos diz o seguinte a esse respeito:

É o gerente o responsável pelo trabalho de articulação entre a equipe de saúde com distintos níveis de poder dentro e fora da unidade de saúde, ou seja, o trabalho do gerente é uma procura permanente de integração e articulação entre os diferentes níveis de poder. Há uma preocupação expressa pela maioria dos gerentes de que é necessário conseguir a confiança da equipe de modo que se possa compartilhar de uma prática de trabalho mais coesa. Entretanto, esta coesão evidenciada na fala dos gerentes, não tem aderência explícita a um trabalho calcado em uma atenção integral à clientela, onde se façam presentes os princípios norteadores de um sistema de saúde centrado na integração sanitária. Certamente este é um sentimento muito presente para o gerente, uma vez que é de sua responsabilidade a efetivação da “unidade de trabalho.” Esta unidade implica não apenas no envolver da equipe, mas na responsabilidade e no compromisso assumidos por esta no desenvolvimento do trabalho cotidiano, significa, o compartilhar das decisões (MISHIMA, 1995, p.293-295).

Os serviços de saúde e o trabalho de gerência precisam sofrer profundas transformações para se adequarem às propostas do SUS, enquanto que o trabalho de gerência dos antigos gerentes locais se conformava na observação do processo de planejamento, na inspeção das atividades e na alimentação do Sistema de Informação, o novo trabalho de gerência exige do “atual gerente” a responsabilidade pelo desenvolvimento do conhecimento

¹² Esta discussão pode ser obtida MISHIMA, S. M. Constituição do Gerenciamento local da rede básica de saúde de Ribeirão Preto. 1995. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

epidemiológico local e para a assunção do planejamento, coordenação e avaliação dos programas de saúde de forma ativa.

Castanheira (1996a) define o trabalho de gerência como sendo: trabalho intelectual, portador de um projeto definidor das finalidades do trabalho assistencial e que apresenta traduções operativas para propostas tecnopolíticas de base institucionais.

Segundo a autora, para a gerência de serviços de saúde ficam postas duas dimensões de organização e de controle:

Uma que diz respeito à operação administrativa da máquina institucional, ou seja, da estrutura organizacional que dá sustentação ao trabalho – fim;

E outra mais intimamente relacionada à execução do produto final, tradutor último do projeto institucional.

Dessa forma, o trabalho de gerência precisa incorporar, nos seus pressupostos, uma maior flexibilização que o permita ser capaz de captar as necessidades/problemas da população (que não são passíveis de serem fixadas, pois dependem do impacto do contexto sócio-econômico sobre a população) e transformar as estruturas do serviço para o atendimento dos mesmos de forma dinâmica e ágil (FRACOLLI, 1999).

É quase evidente que são necessárias aptidões básicas para gerir, mas elas não bastam. É preciso apreender os conceitos, métodos, instrumentos básicos de gestão, particularmente, os que ajudam a concepção e a implantação de uma gerência estratégica, orientadas para resultados mensuráveis, de acordo com objetivos de saúde.

Porém, a gerência dos serviços públicos de saúde exige novos desafios. Portanto, Motta (1999), ao discutir a função gerencial no mundo contemporâneo, afirma que o trabalho gerencial é atípico e difícil de ser descrito. Considera que muitas das dificuldades para se definir a função gerencial provêm de uma visão clássica de gerência que faz crer que o

dirigente era um decisor racional, um planejador sistemático e um coordenador e supervisor eficiente das atividades organizacionais.

Mishima e Motta abordam a gerência em saúde sobre diferentes perspectivas teóricas, pois a autora aborda a gerência em saúde sobre outra vertente teórica na qual o trabalho em saúde enquanto prática social, e ao estabelecermos uma relação da produção de Motta com Mishima, (1995) é possível identificar aspectos de similaridade, onde a autora aponta em seu estudo que a tomada de decisões, considerada a tarefa essencial do gerente, ocorre através de interações diversas, ações isoladas e opiniões manifestadas esparsamente, às vezes, pouco coerentes. A aproximação com os problemas é realizada na medida em que estes vão surgindo, na busca de soluções, baseadas em informações parciais, imperfeitas, quase sempre envoltas por incertezas, considerando que as organizações se constituem em uma realidade caótica.

Sendo assim, o gerente é parte do processo decisório organizacional e a decisão dentro de uma organização, não pode ser considerada como um processo racional. A lógica da decisão numa instituição é um processo comportamental condicionado por diversos fatores internos e externos à organização. Assim, o processo decisório organizacional é um dos condicionantes fundamentais do comportamento gerencial.

É nesse cenário de compreensão da ação gerencial e da sua importância que assumem os gestores e, do seu agir cotidiano nesse processo, é oportuno e coerente afirmar o potencial transformador ou de manutenção que pode assumir a gerência dos serviços voltada para a construção de um modelo assistencial que se direcione para a consolidação do SUS.

A gerência dos serviços de saúde deve ser tomada como um instrumento que pode possibilitar o compartilhar de poder no interior das unidades de saúde e, nesse sentido, é fundamental na efetivação de políticas.

Campos (1992), afirma que:

a estratégia de viabilização do SUS não pode se basear centralmente na subordinação dos trabalhadores de saúde por meio de métodos administrativos. Há que se criar uma dinâmica e funcionamento do sistema de tal maneira que os denominados “recursos humanos” seja um dos principais sujeitos do processo de mudança (CAMPOS, 1992, p.138).

Nessa mesma direção, Franco e Merhy (1999) afirmam que os trabalhadores de saúde poderão se constituir em potentes dispositivos de mudança dos serviços de saúde, caso estes estabeleçam uma nova ética entre eles, baseada

no reconhecimento que os serviços de saúde são, pela sua natureza, um espaço público e que o trabalho neste lugar deve ser presidido por valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torno da assistência a saúde (FRANCO; MERHY, 1999, p.14).

Nesse sentido, cabe ressaltar que a gerência que leva em conta todos esses determinantes, acima mencionados, não é a gerência colocada a serviço apenas do controle do trabalho, através da padronização de técnicas e de normas administrativas, baseada na forma como os antigos tayloristas administravam, supondo-se a possibilidade de a gerência “controlar e regulamentar toda e qualquer possibilidade imaginável de trabalho” (CAMPOS, 1997b, p.231).

A gerência, no âmbito das tecnologias apresentadas por Merhy (1997) utiliza-se das tecnologias leve-duras, das normatizações burocráticas e das técnicas para o desenvolvimento do trabalho. E, além dessa tecnologia, poderia utilizar –se daquelas consideradas leves – das relações -, o que possibilitaria a emergência dos instituintes necessários para a recomposição do trabalho.

Mishima (1995), estudando o papel da gerência local na secretaria municipal de saúde em Ribeirão Preto, destaca que vem assumindo um caráter de manutenção da produção, de acúmulo de poder e da preservação da rede de relações enquanto estática, definindo dois aparentes pólos opostos: chefiados/chefia, organizador/organizados, responsável/cumpridor de regras e tarefas. Dessa forma, a gerência está instituída, criando e aproveitando poucas brechas e possibilidades de instituintes.

A mesma autora coloca que

o conceito do trabalho expõe a gerência como uma atividade extremamente burocrática, no sentido de manipular papéis, sendo um trabalho rotinizado, pré determinado, com poucas chances de criação, onde se tem intensa padronização e alta dose de inflexibilidade frente às normas colocadas. Este quadro se contrapõe ao desejo de desenvolver um trabalho mais amplo. O perfil que surge na prática é estritamente burocrático, não sendo a princípio, necessária nenhuma atuação nas questões técnicas ou relacionais à política de saúde (MISHIMA, 1995, p. 318).

Portanto, ao tentarmos caracterizar a gerência e, sobretudo, a prática dos gestores e dos gerentes no PSF, é importante destacar que não existe uma forma ótima de gerenciar, mas pelo menos podemos identificar os fatores obstaculizadores ou as potências para uma gerência eficaz dos serviços de saúde.

Ao tomarmos os princípios do SUS e os objetivos específicos do PSF, já referidos anteriormente no desenvolvimento do trabalho, acreditamos ser necessário pensarmos em uma gerência que se aproprie mais de tecnologias leves e que o primeiro passo para a eficiência gerencial seja a capacidade de possuir uma visão mais dinâmica dos processos organizacionais. É preciso compreender que existem fatos que não se enquadram nas regras e nas determinações organizacionais; por conseguinte normas são insuficientes para direcionar as organizações. É necessário ter maior sentido de interdependência e lateralidade de pensamento para se compreender a realidade (MOTTA, 1999).

Estamos apostando que para a consolidação do SUS e o alcance dos objetivos do PSF, enquanto estratégia de reorganização sanitária e como uma alternativa para a reconfiguração da Atenção Primária à Saúde, depende muito, também, da gerência, haja vista, o seu potencial de manutenção ou transformação do modelo assistencial. Dito de outra forma, “a adoção de um dado padrão de gerência de sistema de saúde é um elemento tão essencial à manutenção de um determinado padrão de serviço como à sua reforma radical” (CAMPOS, 1991, p.107).

Sendo assim, pensando a gerência como potencial de transformação, podemos percebê-la como espaço instituinte para outra direção no trabalho em saúde. Isso implica

maior participação no trabalho, ou seja, repensar sua forma de produção e reprodução no que se refere ao gerenciamento dos serviços locais de saúde.

Campos (1992) explicita essa gerência como uma possibilidade e nos diz que:

Dentro dessa linha, o gerente seria mais uma figura que coordena que administra o autogoverno, compatibilizando – o às diretrizes do planejamento superior que negocia com as outras instâncias do Estado, e da sociedade, e que procura legitimar o trabalho da equipe local, do que um administrador a la Fayol” (CAMPOS, 1992, p.211).

Para a implantação e ou implementação do PSF no nível municipal, os gestores e os gerentes terão que desenvolver a sua capacidade de negociação, que segundo Kliskberg (1988) se constitui a atividade fundamental da gerência. Os gestores e ou gerentes de excelência compreendem que a negociação é parte integrante da dinâmica interna das organizações e que sua prática permanente ajuda a construir uma visão da realidade organizacional compartilhada pelos diferentes atores organizacionais.

Os gestores e ou gerentes deverão estar aptos a resolver conflitos através do “diálogo e da negociação”; e busca-se disseminar a crença na negociação como mecanismo capaz de levar as organizações a tomar melhores decisões (CARVALHO, 1999, p.76).

Nesse sentido, o papel dos gestores e / ou dos gerentes é fundamental na articulação das relações entre as pessoas, estruturas, tecnologias, metas, o meio ambiente e os usuários.

Dessa forma, podemos considerar que a ação gerencial não prescinde do homem em suas relações com outros homens e de toda subjetividade presente nesse processo, bem como de suas denominações “[...] é quase impossível levar a cabo a implantação de um novo modelo de saúde sem que a maioria dos gerentes e / ou gestores e dos trabalhadores de saúde não só estejam de acordo com a nova proposta como também se empenhem em consolidá-la” (CAMPOS, 1991, p.108).

Estamos apostando que mudar a prática dos serviços de saúde não implica apenas racionalizar através do planejamento da ação e do controle, mas do envolvimento, do

compromisso dos membros da organização (trabalhadores de saúde e usuários) com seus objetivos. E ainda, que o gerenciamento dos serviços de atenção à saúde é uma realidade imediatamente posta, portanto, não podemos subestimar a ação protagonista dos gestores e dos gerentes, tendo em vista as suas potencialidades em instrumentalizar mudanças na organização do trabalho.

Dessa forma, o nosso entendimento acerca da gerência dos serviços de saúde enquanto protagonista de mudanças se coaduna com o explicitado até aqui. Esse entendimento nos permite refletir e analisar um pouco, através da nossa caminhada profissional, o gerenciamento dos serviços públicos de saúde e em alguns momentos enquanto “gerente”, onde naturalmente o que mais predominava eram os princípios da Administração Científica e o uso das tecnologias duras, das normatizações burocráticas e técnicas para o desenvolvimento do trabalho, característica tipicamente apreendido de todo o legado científico centrado nos padrões altamente institucionalizados.

Nesse modo de fazer saúde, propiciado por esse arsenal “inovador”, a gerência aparece como potência de transformação e os gestores e gerentes, enquanto protagonistas da ação, nos parece ser um indicativo muito importante; percebemos também, na grande maioria das vezes, que a gerência ainda se caracteriza por um grande centro de “poder e burocracia”.

A gerência no cotidiano que se utiliza mais de tecnologias leves – das relações - e considera os profissionais de saúde e os usuários como atores em potencial na produção das ações de saúde, inclusive compreendendo-os como co-responsáveis do trabalho em saúde vai de encontro à racionalidade gerencial da Administração Científica. Acreditamos, pois, que na Gestão Colegiada, isto é, a gestão democrática e participativa que se constituem em um meio de construção de sistemas de co-gestão; trata –se, portanto, de um processo que vem se consolidando à medida que se avança na conquista dos “direitos e da cidadania”.

Esse modo de gerenciar gera conflito. Entretanto, a tese defendida por Campos (2000), é “tornar esse conflito explícito para melhor tratá-lo, pois só assim, se reconhecem as divergências de interesses entre os agentes de produção e o público”. Desse modo, acreditamos que esse fazer cotidiano exigirá uma negociação permanente entre os agentes internos e externos, uma disputa de poder, uma satisfação das necessidades, porém, o que deve estar sempre emergindo é a grande meta de almejar construir coletivamente, o que se constitui um grande desafio para os gestores e / ou gerentes municipais de saúde, trabalhadores de saúde e usuários.

Estamos apostando, pois, numa gerência que possa utilizar – se também das tecnologias leves – das relações – o que poderia possibilitar uma recomposição do trabalho e imprimir mudanças no modo de fazer saúde.

Sendo assim, o repensar do desenvolvimento gerencial, voltado para o modelo assistencial, leva a uma redefinição do papel do gerente. Para isso, é necessário a adoção da abordagem dialética para a análise das organizações.

Para Carvalho (1999), a concepção das organizações como

sistemas dialéticos conduz à redefinição dos papéis gerenciais e das relações chefes, subordinados. O método dialético tem na superação das contradições seu ponto essencial. O conhecimento da verdade é alcançado pela contraposição de idéias que diferentes indivíduos têm sobre um objetivo. Supõe que a contradição é fator de mudança e que a produção de novos arranjos sociais resulta dos embates gerados pela liberdade e criatividade humanas (CARVALHO, 1999, p.75).

Dessa forma, compartilhamos com Merhy quando afirma que

a qualificação de um novo modelo assistencial, centrado no usuário e na defesa radical da vida, passa pelo reordenamento das relações entre as tecnologias leves e duras, mediadas pelas leves duras, e considerando que o território das tecnologias leves não é campo específico de nenhum profissional, mas base para atuação de todos, temos na mediação que os saberes estruturados realizam para incorporar estratégias de intervenções, como no caso de profissões tipicamente de Saúde, um elemento vital para a ação dos diferentes profissionais de saúde (1998, p.110).

Para essa concepção de modelo, a gerência mais pertinente a esses princípios determinantes, deverá estar centrada nas tecnologias leves, pela gestão partilhada e mais pública dos processos de trabalho e pelo compromisso com a defesa da vida do usuário.

Naturalmente, que para esse “modo de fazer saúde”, é necessário gerentes e gestores que aprendam a atuar num ambiente interno configurado por interesses diferentes e, muitas vezes, conflitantes. Mas, acima de tudo, gerentes mais abertos, capazes de lidar com o poder e com as contradições, e, principalmente, gerentes comprometidos com novos valores de democracia e participação.

1.2 Objetivos

Objetivo Geral:

- Analisar o processo de trabalho da gerência no âmbito municipal através da prática dos gestores e dos gerentes municipais de saúde, como instrumento que possibilita a mudança e/ou reorientação do modelo assistencial voltado para a integralidade das ações de saúde.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar e analisar a função gerencial dos gestores (secretários municipais de saúde), considerando o entendimento dos mesmos frente ao PSF, enquanto proposta de mudança e / ou reorientação do modelo assistencial.
- Caracterizar e analisar a função gerencial dos diretores das unidades de saúde da família e coordenadores do PSF, levando em conta o âmbito de atuação local na estratégia de Saúde da Família;

1.3 Os Pressupostos do Estudo

Na problematização do objeto de estudo, já foram explicitados os nossos pressupostos, porém, apenas para efeitos didáticos e a fim de facilitar uma maior visualização, passaremos a explicitá-los:

- A ação gerencial local compartilhada pode apresentar potência para a transformação do modelo assistencial, tendo em vista o seu caráter técnico, político, comunicativo e comprometido com os trabalhadores de saúde e seus usuários;
- A função gerencial dos gestores e dos gerentes, enquanto protagonistas no fazer saúde, a partir de uma compreensão do PSF como estratégia de mudança e/ou reorientação do modelo do SUS, pode levar à redefinição do papel gerencial centrado nas tecnologias leves –

das relações – possibilitando, assim, uma recomposição do trabalho e um agir cotidiano como força de mudança;

- A gerência pode cumprir seu papel transformador, operando mais no âmbito das tecnologias leves e indo, assim, noutra direção que não a do controle pelo controle, legitimando-se como ações que apontam caminhos para o trabalho da equipe local na direção da execução de sua autonomia e na participação das decisões.

- A gerência local, como um instrumento necessário e uma ferramenta importante, pode imprimir uma certa direcionalidade ao processo de trabalho em saúde nas unidades locais voltada para a produção do cuidado da saúde da família.

Capítulo II

Percurso Metodológico

2.1 A Opção e o Caminho Metodológico

Analisar a prática gerencial dos gestores e dos gerentes no gerenciamento da estratégia da saúde da família na esfera local, campo de uma dada experiência concreta, pressupõe levar em consideração as relações que se estabelecem entre os sujeitos sociais desse processo.

O perfil de gerente não se deve caracterizar somente por um dos aspectos da gerência científica, que é o controle, ele torna-se uma necessidade absoluta para o “administrador” à medida que possui a incumbência de impor aos trabalhadores uma maneira rigorosa de executar o trabalho, mais pela capacidade de considerar os recursos humanos como sujeitos da ação, mobilizando-os para participar e responsabilizando-os pelo processo de prestação dos serviços de saúde.

Para isso, é necessário levar em conta, ainda, que se trata de um processo histórico e, como tal, é determinado também pelas condições estruturais presentes no contexto social, as relações e o agir cotidiano dos mesmos, ou seja, é preciso captar a micropolítica do trabalho em saúde. A prática dos gestores e dos gerentes (secretários municipais de saúde, coordenadores do PSF e diretores das unidades básicas de saúde) para ser apreendida e analisada deve ser percebida e evidenciada pelo pesquisador, no próprio contexto em que os sujeitos sociais a vivenciam, cotidianamente, enquanto protagonistas na implementação do PSF na esfera local.

Assim, é necessário apreender como esses atores sociais, que integram os núcleos decisórios do SUS em cada município, realizam a prática gerencial no trabalho e como compreendem o PSF, enquanto estratégia de mudança e/ou reorientação do modelo assistencial, perscrutando inclusive as potencialidades e os limites ora existentes para a condução da política de saúde municipal.

A natureza das questões indicadas na construção do objeto de estudo e do quadro teórico sustentado pelos conceitos do processo de trabalho, do trabalho em saúde, dos princípios do SUS e do programa saúde da família, e na gerência, enquanto tecnologia do trabalho em saúde, capaz de ser uma ferramenta importante na reorganização dos serviços de saúde, vai implicar em considerar esta investigação dentro de uma abordagem qualitativa.

Nesse contexto, alicerçamos e justificamos a escolha da abordagem qualitativa pelos objetivos propostos e por possibilitar a incorporação do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais. Tentamos, então, compreender a dinâmica das relações sociais trabalhando com a experiência e a vivência nas instituições, como resultado da ação humana objetiva (MINAYO, 1994).

A abordagem qualitativa parte do pressuposto que há uma relação dinâmica entre o mundo e o sujeito, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. Sua finalidade é intervir em uma situação insatisfatória, mudando condições percebidas como transformáveis, em relação às quais o pesquisador e pesquisado voluntariamente assumem uma reação reativa (CHIZZOTTI, 1995).

A metodologia, aqui adotada, busca compreender o movimento de participação dos gestores e dos gerentes municipais em um contexto social específico e concreto, ou seja, a prática desses atores sociais no gerenciamento do PSF na esfera local. E, assim, MINAYO (1996b). considera que

buscamos na especificidade histórica e social, de suas representações e experiências a totalidade social, evidenciando sempre seu caráter dinâmico, provisório, mutável e infinito. Os conhecimentos produzidos na pesquisa qualitativa são recortes dinâmicos da realidade, uma vez que esta é maior que nossos esquemas de captura .

Levando em conta esses aspectos, é importante ressaltar que, neste estudo, estamos tomando o processo de pesquisar como uma construção em que a delimitação do objeto de pesquisa não se dá de forma estanque e separada do sujeito pesquisador e pesquisado, pois,

considera-se em permanente e dinâmica relação, indo em contraposição à pretensa neutralidade científica (HAGUETE, 1992; CHIZZOTTI, 1995; MINAYO, 1998).

Estas são, sem dúvida, questões que justificam a escolha da abordagem qualitativa, compreendida como aquela que se preocupa com aspectos da realidade, não apenas os de caráter quantitativo, mas também trabalha com o universo exposto abaixo por Minayo:

ao desenvolver uma pesquisa qualitativa, de natureza não quantificável, o pesquisador não é neutro, em absoluto, levando para a pesquisa suas crenças, valores, expectativas, vivências, visão de mundo, conceitos, pré-conceitos, preocupam-se mais com o processo do que com o produto da investigação e considera como sujeito de estudo “ gente em determinada condição social ou classe com suas crenças, valores e significados. O que implica em considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação (MINAYO, 1996a).

Caminhando nessa mesma direção, Ludke e André (1986, p.12) consideram que, ao desenvolver uma pesquisa qualitativa, o pesquisador preocupa-se mais com o processo do que com o produto, pois seu interesse ao estudar o tema é identificar como ele se manifesta (...) nas intenções cotidianas.

Nesse sentido, buscar um diálogo entre objetividade e subjetividade presentes nos processos de relações das pessoas em qualquer instância que seja, implica em desenhos de investigação que possam captar essas interrelações.

Sendo assim, Minayo e Sanches (1993, p.243-245) destacam que na abordagem qualitativa se elabora “uma aproximação de intimidade entre o sujeito e o objeto numa relação de empatia aos motivos, às intenções, a partir das quais, as ações, as estruturas e as relações se tornam significativas”. Portanto, são esses conceitos e concepções que alicerçam e guiam nosso saber – fazer nesse estudo.

Compreendemos que para o nosso objeto de estudo se destacam duas técnicas de coleta de dados: a observação direta do trabalho dos gerentes das unidades de saúde e a entrevista semi-estruturada com os gestores e gerentes municipais de saúde.

2.2 O Campo do Estudo

Para as ciências sociais, o trabalho de campo é de fundamental importância. Campo compreendido como um recorte espacial e temporal, mais concreto, que permite a discussão e a visualização do tema, foco de estudo, e um recorte teórico, mais abstrato de assuntos e conceitos adotados na pesquisa.

Como o cenário a ser estudado se refere a alguns municípios do Estado do Maranhão, é importante focalizá-lo. Está localizado na região Nordeste do país, possui uma área de 329.556 km² e tem uma população de 5.030.260 habitantes e com uma totalidade de 217 municípios.

No Estado do Maranhão, embora sua implantação tenha iniciado em 1994, começando pelo município de São Luís, sua cobertura municipal vem sendo implementada gradativamente, sendo em 1998 apenas em 5% dos municípios. Somente a partir de 1999 é que o percentual de municípios, com o PSF implantado, sofreu um incremento, chegando em 2003 com uma cobertura municipal de 79,3% (Apêndice D). Em junho de 2004) essa cobertura era de 172 municípios representando uma cobertura municipal de 79,3% e uma cobertura populacional de 37,5% com 642 Equipes de Saúde da Família.

Consideramos que a evolução do PSF no Estado do Maranhão é bastante significativa e representa, de fato, uma estratégia de reorganização da Atenção Básica.

Esse campo é essencial na pesquisa qualitativa na qual o pesquisador tem o compromisso de partir da ótica dos sujeitos que só pode ser alcançada entrando em contato com seu cotidiano, local onde acontece a construção da vida real.

O fundamento do trabalho de campo, em pesquisa qualitativa, é a relação entre pesquisador e sujeitos sociais, entendido como canal, meio, espaço, onde haverá a construção

do desenho da pesquisa e a produção do conhecimento. Essa relação não está centrada no instrumento, no método de pesquisa isolado, mas sim na figura do pesquisador, que deve ter o mínimo de sensibilidade e abertura para ouvir, conversar e acolher, ou seja, são nas interações sociais que os atores expressam e reposicionam posturas e transformam a realidade. Logo, na abordagem qualitativa, não é o método que vai gerar o dado, mas a capacidade interpretativa do pesquisador que o construirá. Nesse sentido, o método é apenas um instrumento facilitador a ser utilizado como recurso.

O Estado do Maranhão, situado na região nordeste do Brasil, ocupa uma área de 333.365,6 km². Limita-se ao norte com o Oceano Atlântico, ao leste com o Estado do Piauí, ao sul e sudoeste com o Estado de Tocantins e a oeste com o Estado do Pará. O Estado, com 5.873.646 habitantes (/IBGE, 2004), é composto por 217 municípios, sendo 81 emancipados em 1997, por meio de desmembramento de outros municípios.

Tabela 1 - Distribuição da população e dos municípios do Estado do Maranhão, segundo o número de habitantes, 2003

GRUPO DA POP.	N.ºMUNICÍPIOS	POPULAÇÃO	%
Abaixo de 5.000	05	45.688	2,33
5.001 – 20.000	128	1.515.759	58,98
20.001 – 50.000	58	1.728.763	26,72
50.001 – 100.000	13	918.755	5,99
100.001 – 200.000	4	509.755	1,84
200.001 e acima	2	1.154.924	0,92
TOTAL	217	5.873.646	100.0

Fonte: BRASIL. DATASUS/MS, 2003.

Em mais da metade dos municípios, suas populações situam-se abaixo de 20 mil habitantes, abrangendo 60,8% da população do Estado.

Tabela 2 - Distribuição da população urbana e rural, Maranhão, 1991-2001

ANO	POPULAÇÃO URBANA	%	POPULAÇÃO RURAL	%	TOTAL
1991	1.962.421	39,8	2.957.832	60,0	4.930.253
1996	2.087.500	40,0	3.131.249	60,0	5.218.749
2000	3.364.323	59,5	2.287.151	40,5	5.651.475
2001	3.754.747	65,3	1.195.249	34,7	5.749.996

Fonte: BRASIL. DATASUS/MS, 2003.

Em análise da série histórica, o crescimento da população urbana, no período 1991-2001, foi de 70%. Considerando-se que a população total, no mesmo período, cresceu apenas 14%, o aumento da população urbana indica um processo de êxodo rural intenso como também a emancipação (1997) de 81 novos municípios.

O universo empírico desse estudo foi constituído por gestores (secretários municipais, coordenadores do PSF e diretores das unidades básicas de saúde) em municípios do Maranhão, onde o Programa Saúde da Família encontra-se implantado.

Como o cenário a ser estudado se refere a alguns municípios do Estado do Maranhão, é importante focalizá-lo. Está localizado na região Nordeste do país, possui uma área de 329.556 km² e tem uma população de 5.030.260 habitantes e com uma totalidade de 217 municípios.

No Estado do Maranhão, embora a implantação do PSF tenha iniciado em 1994, começando pelo município de São Luís, sua cobertura municipal vem sendo implementada gradativamente, sendo em 1998 apenas em 5% dos municípios. Somente a partir de 1999 é que o percentual de municípios, com o PSF implantado, sofreu um incremento, chegando em 2003 com uma cobertura municipal de 79,3% (Apêndice D). Atualmente, (junho de 2004)

essa cobertura é de 172 municípios representando uma cobertura municipal de 79,3% e uma cobertura populacional de 37,5% com 642 Equipes de Saúde da Família.

Consideramos que a evolução do PSF no Estado do Maranhão é bastante significativa e representa uma estratégia de reorganização da Atenção Básica.

Dos 172 municípios do Estado do Maranhão com o PSF (dados de 2003), foram selecionados, a princípio, dois municípios para a realização do estudo em função do acesso, da população e da cobertura populacional com o Programa Saúde acima de 80% e 50%.

Em função dessa cobertura, é importante destacar que a tendência no Estado é que municípios com maior contingente populacional não conseguem atingir os 100% de cobertura, enquanto que municípios com população menor que 40 mil habitantes possuem coberturas acima de 60% (Apêndice E).

Durante o desenrolar da própria etapa de coleta dos dados, os objetivos e pressupostos da pesquisa foram retomados para verificar se o significado e sentido dos dados que estavam sendo coletados respondiam às indicações iniciais. Isso permitiu, por exemplo, demonstrar a necessidade de realizar mais quatro entrevistas com dois secretários de saúde e dois coordenadores do Programa Saúde da Família em mais dois municípios, seguindo os mesmos critérios dos dois primeiros municípios selecionados:

Assim, para o trabalho de campo foram selecionados:

- Dois municípios com mais de 80 mil habitantes e que possuem uma cobertura populacional com atendimento sob a estratégia do PSF até 50%. Esses municípios foram listados e foi feito um sorteio aleatório, ficando definidos os seguintes municípios: Codó e São José de Ribamar (Apêndice E);
- Com o mesmo procedimento, foram selecionados dois municípios com população menor que 20 mil habitantes e cobertura populacional do Programa Saúde da

Família acima de 80%. Os municípios sorteados foram: Miranda do Norte e Morros (Apêndice E).

Os municípios de Miranda do Norte e Morros são considerados de pequeno porte, devido a sua capacidade instalada, e possuem uma rede básica constituída de postos de saúde, centros de saúde e unidade mista. O município de Miranda tem 04 centros de saúde e 01 unidade mista e o município de Morros possui 04 postos de saúde, 01 centro de saúde e 01 unidade mista. Os municípios de São José de Ribamar e Codó são considerados de médio porte, pela sua capacidade instalada, contingente populacional e a rede de serviços existentes. O município de São José de Ribamar tem 15 postos de saúde, 02 centros de saúde, 01 unidade mista e 01 hospital conveniado e o município de Codó tem 07 centros de saúde, 01 hospital público municipal, 04 clínicas e 03 laboratórios conveniados.

Quadro 1 - Distribuição dos Municípios estudados, segundo a área, tipo de gestão, população do município, cobertura da população pelo programa e número de Equipes do PSF. Maranhão. 2003

Municípios	Área (km ²)	Tipo de Gestão	População	Cobertura PSF	Nº de equipes	Nº de UBS
A	115	Plena da Atenção Básica	16.349 hab	86,5%	04	04
B	192	Plena do Sistema Municipal	111.587 hab	53,0 %	12	12
C	117	Plena da Atenção Básica	15.222 hab	100 %	06	05
D	80	Plena da Atenção Básica	122.309 hab	48.22 %	23	17

2.3 Os Instrumentos de Coleta de Dados

Os instrumentos que adotamos para a coleta de dados a fim de analisar o processo de trabalho dos gestores e dos gerentes de saúde no gerenciamento do PSF, denominamos de instrumento fechado: “Inventário das atividades desenvolvidas pelos gerentes” com o objetivo de identificar sua realização e frequência das mesmas, a observação direta e a entrevista semi-estruturada.

O inventário das atividades foi elaborado a partir da visita ao município A onde foi realizado o piloto e do trabalho desenvolvidos pelas enfermeiras, as quais são gerentes das UBS em grande parte dos municípios do Maranhão. Em relação a levantamentos já existentes sobre ações /atividades de gerentes nas UBS, faltam evidências na literatura apontando as atividades dos gerentes, porém na organização do trabalho do enfermeiro, Teixeira (2002) aponta atividades administrativas. Utilizamos como referência, classificações feitas para o trabalho da enfermeira, como o de Xavier et al. (1987); Mishima et al. (1999) e Teixeira (2002).

Esse inventário foi previamente elaborado, tomando como referência o de TEIXEIRA (2002) que estudou o processo de trabalho das enfermeiras do PSF em municípios do Estado de São Paulo, acrescidos de outras atividades, mais de natureza gerenciais, oriundas das descrições das atividades que as gerentes desenvolvem em uma semana de trabalho na UBS descritas por FRACOLLI (1999). O preenchimento desse inventário foi individual, respondido por 07 gerentes – diretores das UBS –(enfermeiras, auxiliar de enfermagem, técnico de contabilidade, auxiliar administrativo e agente comunitário de saúde) na presença da pesquisadora, durante o período da observação direta realizada na UBS (Apêndice J).

A partir da aplicação do Inventário de Atividades, foi possível agruparmos as atividades de acordo com o grau de concentração, definindo assim quatro grupos, sendo eles:

muita frequência, regular, pouca frequência e não faz. Consideramos como muita frequência a realização de atividades entre diariamente e semanalmente; frequência regular, consideramos as atividades realizadas todo mês; frequência pouco, as definidas como raramente e não faz para as atividades consideradas como nunca realizadas.

Em relação a levantamentos já existentes sobre ações /atividades de gerentes nas UBS, não encontramos na literatura e, como os gerentes do município A, onde foi realizado o piloto, eram enfermeiras e estas têm assumido a função gerencial nas UBS, utilizamos, como referência, classificações feitas para o trabalho da enfermeira, como o de Xavier et al. (1987); Mishima et al. (1999) e Teixeira (2002).

Xavier et al. (1987), no seu estudo de subsídios para a conceituação da assistência de enfermagem rumo à Reforma Sanitária, utilizaram cinco categorias sendo elas: 1)-“ações de natureza propedêutica e terapêutica complementares ao ato médico e de outros profissionais”, que são aquelas que apóiam o diagnóstico e o acompanhamento do processo; 2)-“ações de natureza propedêutica e terapêutica da enfermagem”, estão presentes na organização da totalidade de atenção de enfermagem prestada à clientela, e se dão através do diagnóstico e do encaminhamento de situações que se verificam na relação com a clientela, com os demais profissionais e com a instituição. Caracterizam-se pela necessidade de tempo e de continuidade do trabalho em enfermagem; 3)-“ações de natureza complementar de controle de risco”, que são aquelas desenvolvidas pelo coletivo dos profissionais de saúde, estão incluídas atividades de vigilância e de controle de risco; 4)-“ações de natureza administrativa”, que se dão na organização do processo de trabalho coletivo da enfermagem, com ações referentes a planejamento, gestão, coordenação, supervisão e avaliação da assistência de enfermagem; 4)-“ações de natureza pedagógica”, que são aquelas voltadas ao treinamento, à formação e à educação continuada dirigida à força de trabalho de enfermagem na rede de serviços.

No estudo de Mishima et al. (1999), do CIPES, para o cenário de Ribeirão Preto, foi utilizada a seguinte categorização para as diversas atividades: atividades complementares ao trabalho de outros profissionais de saúde; - atividades próprias da enfermagem voltadas para o cuidado de indivíduos ou grupos específicos; - atividades educativas; - atividades voltadas à organização e ao acompanhamento do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem.

Teixeira (2002), ao analisar as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras de Saúde da Família em municípios da Divisão Regional de Saúde XVIII, - que corresponde a uma divisão administrativa do estado de São Paulo para a área da saúde, procedeu a seguinte categorização: - atividades complementares ao trabalho de outros profissionais de saúde (ações de natureza propedêutica ou terapêutica); - atividades voltadas para a organização do processo de trabalho, infra-estrutura, e planejamento do serviço (ações de natureza administrativas); - atividades educativas voltadas à saúde coletiva (ações de natureza complementar de controle e risco); atividades próprias da enfermagem, voltadas a indivíduos ou grupos específicos (ações de natureza propedêuticas ou terapêuticas); - atividades educativas de apoio e qualificação da assistência prestada (ações de natureza pedagógica).

Considerando os diversos autores citados, procedemos à classificação das ações desenvolvidas pelos gerentes, levando em conta as especificidades do trabalho na saúde da Família, em relação ao gerenciamento, visto que esses estudos trazem a análise do trabalho de enfermagem na saúde coletiva, em outros contextos.

Assim, elaboramos quatro classificações com vários subgrupos e itens frutos da observação de campo para análise das ações desenvolvidas pelos gerentes, nos aproximando mais da classificação proposta por Mishima et al. (1999) e por Teixeira (2002). Em cada classificação, especificamos as atividades que constam das mesmas.

1)-Atividades complementares ao trabalho de outros profissionais de saúde.

Essas atividades constam de pré e pós-consultas, dispensação de medicação, marcação de consultas e exames, ministração de medicamentos VO e EV, curativos, organização dos prontuários, encaminhamento por escrito ou verbal para outros serviços, verificação de PA, comunicação e transporte.

2)-Atividades voltadas para a organização do processo de trabalho, infra - estrutura, planejamento do serviço (ações de natureza administrativa) consta um grande número de atividades com vários subgrupos e itens que denotam ações, atitudes, práticas, concepções e atividades propriamente ditas que revelam o que é feito e como se faz para gerenciar o processo organizacional das UBS, são elas:

a) - Atividades de organização do fluxo: Atender demanda reprimida e organização de consultórios ou salas de atendimento.

b) - Atividades gerais: - voltadas à assistência e referem-se a planejar atividades junto a grupos de usuários e famílias; - voltadas à gerência da Unidade: planejar, implantar e /ou participar dos planos e das programações de saúde, planejar, coordenar e supervisionar serviços de saúde, supervisionar limpeza, distribuir tarefas, elaborar escalas, elaborar e implantar normas/ rotinas administrativas, elaborar relatórios e boletins; - voltadas à gerência de recursos humanos: planejar, solicitar e distribuir RH, realizar reuniões com pessoal de saúde, supervisionar e controlar pessoal de saúde, avaliar pessoal de saúde; - voltadas para a gerência de recursos materiais e de medicamentos: prever, requisitar e prover material de consumo, prever, requisitar e prover medicamentos, requisitar e prever material permanente.

c) - Atividades específicas de enfermagem: realizar reuniões com o pessoal de enfermagem, supervisionar e controlar pessoal de enfermagem, planejar, coordenar e supervisionar serviços de enfermagem, identificar, analisar, propor soluções para os

problemas de saúde e de enfermagem, elaborar e implantar normas/ rotinas técnicas de enfermagem, fazer reuniões com os ACS e avaliar pessoal de enfermagem.

d) - Atividades voltadas para a comunicação como: confecção de folder, distribuição de material e de cartazes de divulgação.

e) – Atividades gerenciais voltadas para as decisões: - reuniões de trabalho, - voltadas ao funcionamento das UBS, - voltadas ao trabalho de equipe.

3) - Atividades educativas voltadas para a saúde coletiva: vigilância epidemiológica, palestras sobre prevenção de doenças, planejar, elaborar e executar atividades junto à comunidade e a participação nos eventos e conferências de saúde e no Conselho Municipal de Saúde.

4) - Atividades próprias da enfermagem voltadas a indivíduos ou grupos específicos: consultas de enfermagem para grupos específicos como criança, pré – natal, mulher, adultos, coleta de exames preventivos, normas/ rotinas e técnicas de enfermagem e prescrição de medicamentos padronizados.

Os dados, obtidos com a aplicação do inventário, subsidiaram a entrevista semi-estruturada e a observação de campo, até porque reconhecemos que por se tratar de um questionário, mesmo que esse esteja bem elaborado, pode ter limitações, já que entre o que se faz realmente e o que se pretende fazer existem diferenças; pois sempre a idealização estará presente (ALMEIDA, 1991).

A entrevista semi-estruturada é uma estratégia na qual intencionalmente o pesquisador recolhe informações, através da fala dos atores sociais, especificamente, de gestores e gerentes municipais atuantes nas secretarias municipais de saúde e unidades básicas de saúde da família, nos municípios de Codó, Miranda do Norte, Morros e São José de Ribamar.

É fundamental para a utilização dessa técnica de coleta de dados, que haja a participação/contribuição efetiva dos atores sociais envolvidos, uma vez que os entrevistados são chamados a um processo de reflexão acerca do tema em estudo, no caso, sua prática cotidiana no trabalho de gerência, em seus respectivos locais de trabalho.

Entende-se por entrevistas semi-estruturadas “uma conversa a dois com propósitos bem definidos” (...) “abordando, por meio de um roteiro prévio, as questões mais relevantes para o pesquisador”. No entanto, esse roteiro deve servir de orientação e não de cerceamento da fala dos entrevistados, porque o que se visa não é em si, a relevância do pesquisador, e sim, a dos próprios sujeitos em questão. (MINAYO, 1996a, p.122)

Segundo Trivinos (1992, p.146), a entrevista semi-estruturada é:

um dos principais instrumentos de que pode lançar mão o pesquisador, para a coleta de dados na pesquisa qualitativa, pois ao mesmo tempo, que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessária, enriquecendo a investigação.

É importante destacar que a entrevista semi-estruturada, como afirma Haguette (1992), está submetida aos cânones do método científico, um dos quais é a busca de objetividade, ou seja, a tentativa de captação do real, sem contaminações indesejáveis nem da parte do pesquisador nem dos fatores externos que possam modificar aquele real original.

Trivinos (1992) privilegia a entrevista semi-estruturada porque:

Esta, ao mesmo tempo, que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação. Dessa forma o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal e dos questionamentos básicos colocados pelo investigador, apoiados em teoria e hipótese, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa” (TRIVINOS, 1992, p.146).

Para Minayo (1998,) toda situação de entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas é sempre uma situação de interação. E, como interação social, está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na nossa sociedade. Afirma que:

Quando se trata de uma sociedade conflitiva como a nossa cada entrevista expressa de forma diferenciada a luz e a sombra da realidade, tanto no ato de realizá-la como nas informações que aí são produzidas. Além disso, pelo fato de captar formalmente informações sobre determinados temas, a entrevista tem que ser incorporada a seu contexto” (1996a, p. 120).

Com relação aos entrevistados e aos objetivos propostos para essa investigação, se buscou captar, além da prática cotidiana do trabalho gerencial, a representação dos agentes responsáveis de desempenhar esta atividade na rede básica dos serviços de saúde. Os entrevistados foram os gestores municipais (secretários de saúde) e gerentes locais (coordenadores do PSF e diretores das unidades de saúde da família).

As entrevistas partiram de questões norteadoras sobre o PSF e a Gerência, nelas o pesquisador buscou captar o pensamento e a percepção dos gestores e dos gerentes municipais sobre o PSF, enquanto proposta de reorientação do modelo assistencial, e a gerência como potencial de transformação do modelo no âmbito municipal. A partir desse diálogo, foram explicitadas pelo pesquisador outras questões que possibilitaram atender aos objetivos propostos na pesquisa.

Foram entrevistados 04 secretários de saúde, 07 diretores das unidades de saúde da família e 04 coordenadores do PSF dos municípios de Miranda do Norte, Codó, Morros, e São José de Ribamar, perfazendo um total de 15 trabalhadores de saúde.

O outro instrumento que utilizamos foi à técnica da observação direta, que é um processo rico para a coleta de dados, na pesquisa qualitativa. Sua importância é de tal ordem que não é apenas estratégia no conjunto da investigação, mas um método em si mesmo, para a compreensão da realidade, ou seja, uma forma para complementar a captação da realidade empírica (MINAYO; SANCHES, 1993).

Trivinos (1992, p. 153) afirma que observar, naturalmente, não é simplesmente olhar (...) é destacar de um conjunto algo especificamente, prestando atenção em suas características (...) observar um fenômeno social significa, em primeiro lugar, que

determinado evento social, simples ou complexo, tenha sido abstratamente separado de seu contexto para que, em sua dimensão singular, sejam estudadas em seus atos, atividades significados, relações, etc.

A observação permite captar fenômenos que não seriam obtidos por meio de perguntas ou em documentos quantitativos, mas que devem ser observados em sua realidade, entre eles se incluem a rotina de um dia de trabalho.

Outra questão metodológica adotada é a inserção do pesquisador no campo, na situação de participante como observador, onde o pesquisador deixa claro para si e para o grupo, sua relação como meramente de campo (MINAYO, 2000), que propõe uma classificação de posturas intermediárias que contemplem a observação em diferentes realidades. A observação tende a ser a mais profunda possível através da informação informal, da vivência junto de acontecimentos julgados importantes pelos participantes e no acompanhamento das rotinas cotidianas. A consciência de ambos (observador/ sujeito), de uma relação temporária ajuda a minimizar os problemas de envolvimento que inevitavelmente acontecem, colocando sempre em questão a suposta ‘’ objetividade ‘’ nas relações.

O foco da observação direta foi o agente no seu setor de trabalho, ou seja, a pessoa dos gerentes (diretores das unidades básicas de saúde) realizando as suas atividades no cotidiano do seu trabalho. Foram observados 07 diretores das unidades básicas de saúde, sendo 03 gerentes do município A e 04 no município B. É importante destacar que utilizamos como critérios para a observação de campo no município B o mesmo número de gerentes e de UBS (04) existentes no município A, que se constituiu a primeira referência do estudo. Nos municípios C e D não foram realizadas observação de campo com os diretores das UBS.

Todo o processo de observação foi realizado pelo próprio pesquisador e as situações foram registradas de forma mais fidedigna possível, oram anotados os diálogos, descritas as

intervenções dos gerentes municipais de forma concreta. Procuramos também registrar os aspectos relativos ao local onde a ação estava se desenvolvendo, o modo como os atores se relacionaram com a equipe e com os usuários, bem como as interpretações ocorridas.

Utilizou-se um guia norteador para o desenvolvimento da observação, o que permitiu captar e absorver toda a dinâmica da prática gerencial e organização das ações em relação a equipe e aos usuários, contextualizando o observado a partir do marco teórico, para se permitir uma compreensão e uma interpretação dos diálogos e a situação dos participantes.

Trivinos (1992) assinala que dois aspectos são fundamentais neste tipo de instrumento de coleta de dados: a amostragem do tempo e as anotações de campo.

Para proceder à observação de campo em relação ao trabalho dos gerentes, optamos como amostragem de tempo, a jornada de trabalho desses agentes a serem observados. Ou seja, acompanhamos o conjunto de atividades que os gerentes realizaram desde o início da jornada diária de trabalho até o término da mesma em cada município durante 70 dias, sendo que no município A, por ter sido o primeiro e onde foi realizado o piloto, permanecemos por mais tempo, isto é, ficamos durante 42 dias intercalados.

O segundo aspecto, tratado pelo autor, refere-se às anotações de campo, uma vez que o registro das informações representa um processo complexo, não exclusivamente pela importância que neste tipo de investigação adquirem o sujeito e o investigador, mas também pelas dimensões explicativas que os dados podem exigir.

As anotações de campo, no caso da observação, consistem na descrição por escrito de todas as manifestações (verbais, ações, atitudes, etc.) que o pesquisador observa no sujeito, durante a realização do trabalho. Também as anotações de campo devem registrar “as reflexões” do investigador que surgem em face da observação dos fenômenos (TRIVINOS, 1992, p.154). Assim, ao término de cada período, o registro das nossas impressões subjetivas

em relação ao desenvolvimento da observação que se constituiu no diário de campo e foi um recurso importante no auxílio da descrição e da análise do objeto estudado.

2.4 A trajetória da coleta de dados e os dados éticos da pesquisa.

Por se tratar de um estudo em que a coleta se procederia em vários municípios, foi necessária a anuência de cada prefeito o que tornou morosa a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. O primeiro contato foi realizado com o gestor prefeito do município A, agendado previamente por seus assessores, no seu escritório situado em São Luis, onde apresentamos o projeto, explicamos o objetivo da pesquisa e o mesmo assinou a folha de acordo com a Resolução 196/96 do CNS autorizando a realização da pesquisa. Esse contato com o prefeito se deu em junho de 2003. Com a anuência desse gestor, o Comitê de Ética aceitou que os demais fossem assinados por ocasião do primeiro contato, isto é, da visita de reconhecimento ao município antes da coleta de dados.

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFMA aprovou o projeto em 24 de Julho de 2003 e, logo em seguida, agosto de 2003, após contato com uma enfermeira gerente de uma UBS, fomos ao município A conversar com o secretário de saúde e visitamos as 04 UBS existentes no município. Posteriormente, realizamos a observação de campo no período 30 de setembro a 04 de dezembro de 2003.

Em seguida, fizemos contacto com o assessor do gerente regional do município B que nos facilitou toda a nossa permanência no município. Posteriormente, realizamos a observação de campo no período 15 de dezembro a 09 de fevereiro de 2004, fizemos primeiro uma visita de reconhecimento e de contato com o secretário de saúde e o Coordenador do PSF que logo nos acompanhou para um contato com os diretores das 07 UBS existentes no município.

A seguir, selecionamos, das 07 unidades existentes no município B, 04 UBS, sendo uma com 03 equipes de saúde da família, por ser a que possuía o maior número de equipes e pela densidade populacional. As outras três foram selecionadas entre as 06 UBS com o mesmo número de equipes, isto é, 01 e 02. Após visita a essas unidades, verificamos que as atividades realizadas pelas equipes eram as mesmas e optamos por selecionar duas localizadas na periferia e uma na zona urbana porque é referência no município, tendo em vista que era um antigo PAM e tem várias especialidades e possui apenas uma equipe de saúde da família onde realizamos as observações com os diretores dessa UBS.

2.5 Análise dos Dados

Para a etapa da análise dos dados referentes ao inventário das atividades, utilizamos a avaliação da frequência das atividades, sendo estas apresentadas em quadros, nos quais se buscou evidenciar as atividades de maior frequência, menor frequência e não faz. Para esse agrupamento, consideramos como sendo de maior frequência, a realização de atividades entre diariamente e semanalmente; regular como as atividades realizadas todo mês; frequência pouco, as definidas como raramente e não faz para as atividades consideradas como nunca realizadas.

Com relação às narrativas oriundas das entrevistas, optamos pela “Análise Temática” a partir do que foi proposto por Minayo (1998). A noção do tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, uma frase, um resumo.

Bardin (2004) afirma que: “O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado, segundo os critérios relativo à teoria que serve de guia à leitura” (2004, p. 99).

Fazer uma análise temática, consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definidoras do caráter de discurso. Ou, ao contrário, qualitativamente, a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

Operacionalmente, a análise temática desdobra-se em 03 etapas, de acordo com Minayo (2000) e essas foram aplicadas na análise dos dados deste estudo:

- A Pré-análise

A pré-análise realizou-se durante a coleta de dados, já que ao preencher o formulário do inventário de atividades e das observações diretas no campo para cada gerente municipal de saúde, colocava-se um número seqüencial que permitiu sua ordenação e verificação posterior. As entrevistas foram gravadas em fita cassete e identificadas por uma letra e um número seqüencial correspondente a mesma letra identificação do município que coincidia com o formulário do inventário e o das observações diretas em cada UBS. A totalidade das entrevistas foram transcritas pelo pesquisador. Essa estratégia teve a vantagem de possibilitar ao pesquisador avaliar sua própria técnica de entrevista e ir identificando as unidades temáticas iniciais, o que lhe permitiu decidir quando a saturação dos dados foi alcançada.

Finalizada a coleta dos dados, realizou-se uma revisão geral dos registros das observações do inventário das atividades, das observações diretas, das atividades realizadas pelo gerente, das entrevistas realizadas com os gestores e gerentes municipais de saúde, bem como das notas de campo.

Realizou-se a releitura do material de acordo com a proposta analítica o que deu a investigadora um mapa do trabalho de campo. Para alcançar isso, foi retomada a totalidade dos registros das observações, notas de campo e entrevistas. Nesse momento, foi necessário

refletir como fazer uma análise completa dos dados, entrelaçando os dados do inventário das ações, das observações das atividades realizadas pelo gerente e confrontando as falas dos gestores – secretários de saúde e gerentes – coordenadores do PSF e diretores das UBS.

Nessa fase, fizemos leitura flutuante, que consistiu em tomar contato exaustivo com o material deixando – nos impregnar por seu conteúdo, possibilitando que a leitura se tornasse mais sugestiva e capaz de “ultrapassar o caos inicial”.

Essa atividade ajudou a pesquisadora a processualmente estabelecer os temas, confrontando-os com a fundamentação teórica, estabelecida como baliza da investigação, buscando as relações dialéticas entre ambas.

A seguir, fizemos a constituição de corpus, que consiste na organização do material de forma que este possa responder a algumas normas de validade, como: a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

2) – Classificação dos dados.

A classificação dos dados das entrevistas deu-se a partir do que estamos denominando de aspectos de análise e foram, inicialmente: a) o sentido que esse grupo está dando ao PSF, b) a compreensão sobre o modelo assistencial, c) como gestores e os gerentes estão fazendo a gestão, d) o financiamento como uma das grandes dificuldades para o gerenciamento e para a consolidação do PSF, e) o PSF no contexto da política municipal de saúde, f) educação permanente e perfil profissional como determinante para o gerenciamento do PSF, g) o papel dos gerentes – diretores e coordenadores de PSF no gerenciamento do programa.

À medida que um maior contato com o material foi se dando, e como todos estes são momentos do processo de trabalho, outros também relevantes foram se revelando, sendo então ampliados e recolocados no conjunto outros aspectos de análise: 1) –a concepção dos agentes de trabalho/trabalhadores de saúde sobre o PSF e o modelo assistencial, 2) -o

processo de trabalho dos gestores e gerentes no cotidiano das secretarias municipais de saúde e nas unidades básicas de saúde, e 3)- a lógica da produção do modelo assistencial.

Os recortes possíveis, com referência aos aspectos de análise, foram num segundo momento analisados, de acordo com a convergência e divergência de forma a se estabelecer um grupo temático: a prática gerencial dos gestores e gerentes no cotidiano das secretarias de saúde e unidades básicas de saúde.

Na classificação dos dados das observações, foram inicialmente se revelando as atividades realizadas pelos gerentes agrupadas em quatro grupos, de acordo as do Inventário: 1)-Atividades complementares ao trabalho de outros profissionais de saúde, 2)-Atividades voltadas para a organização do processo de trabalho, infra-estrutura, planejamento do serviço (ações de natureza administrativas), 3)-Atividades educativas voltadas para a saúde coletiva, 4) - Atividades próprias da enfermagem voltadas a indivíduos ou grupos específicos.

À medida que uma maior aproximação com o material reunido das observações foi se dando, outras divisões também foram feitas e agrupadas, inicialmente, no mesmo grupo de análise das entrevistas: - a concepção dos agentes de trabalho/trabalhadores de saúde sobre o PSF e o modelo assistencial, - o processo de trabalho dos gestores e gerentes no cotidiano das secretarias municipais de saúde e nas unidades básicas de saúde, e a lógica da produção do modelo assistencial.

Essas classificações foram reagrupadas em torno dos seguintes itens:

- A concepção dos agentes de trabalho / trabalhadores de saúde sobre o Programa Saúde da Família e sobre o modelo assistencial.
- A compreensão dos gestores e gerentes sobre o PSF no contexto da política municipal de saúde.
- O gerenciamento na saúde da família: como os gestores e gerentes estão fazendo a gerência?

- Dificuldades no gerenciamento e na operacionalização do PSF no contexto municipal (financiamento, perfil dos profissionais e falta de recursos materiais, infra-estrutura e medicamentos).
- A lógica da produtividade como instrumento de trabalho.
- Os atores que contribuem / participam no processo de trabalho da equipe da saúde da família.
- Relações que se estabelecem no cotidiano da prática gerencial.
- A dimensão gerencial na saúde da família: um instrumento de mudança?

A análise das observações foi fundamental para situar e obter um maior objetivação do trabalho dos gerentes nas unidades básicas de saúde. Os dados analisados tiveram como finalidade compreender e fazer o contraponto com as entrevistas, visto que estas traduzem a representação dos gestores e gerentes acerca do seu trabalho, que é sempre uma aproximação com a realidade vivida no seu cotidiano.

Do processo de tratamento das observações diretas realizadas nas unidades básicas de saúde com os diretores das UBS, assim como das falas obtidas nas entrevistas com os secretários de saúde, coordenadores do PSF e diretores das unidades, foi definido um grupo temático: o processo de trabalho dos gestores e gerentes no gerenciamento das unidades gestoras, secretarias municipais de saúde e unidades básicas de saúde.

3) - Tratamento dos resultados obtidos e interpretados

Tendo o marco teórico presente, o tempo todo se fez uma inflexão sobre o material empírico, que é, segundo Minayo (2000), o ponto de partida e o ponto de chegada da interpretação.

Portanto, identificados os temas, as concepções teóricas e os achados de outras pesquisas, os momentos do processo de trabalho dos gestores e gerentes foram sendo

construídos, integrando as observações e as falas, dos secretários de saúde, coordenadores do PSF e diretores das UBS que permitissem uma maior representatividade dos temas centrais identificados.

Considerando esse como o momento de diálogo do pesquisador com os dados, foi possível a partir daí analisar e interpretar os temas e entrelaçá-los ao quadro teórico e aos objetivos pré-estabelecidos para, finalmente, chegar a estabelecer conclusões do modo de gerenciamento do PSF, assim como apontar alternativas de mudança nesse modo de produzir saúde, tendo a gerência como uma das ferramentas para a transformação do processo de trabalho na Saúde da Família.

Capítulo III

***Resultados/ Discussão - O processo de trabalho dos gestores e
gerentes do Programa Saúde da Família***

O PROCESSO DE TRABALHO DOS GESTORES E DOS GERENTES DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Os resultados e discussão estão apresentados em duas partes, a primeira se refere à apresentação dos gestores e dos gerentes municipais de saúde como agentes do trabalho/trabalhadores de saúde na estratégia do programa saúde da família - sujeitos da pesquisa e a segunda se refere ao processo de trabalho dos gestores e dos gerentes no gerenciamento das unidades gestoras: secretarias municipais de saúde e UBS. A parte II ao olhar os processos de trabalho traz dois grandes grupos: a configuração das atividades realizadas pelos gerentes no cotidiano do gerenciamento do Programa Saúde da Família e a prática gerencial dos gestores e gerentes no cotidiano das secretarias de saúde e unidades básicas de saúde.

Parte I

3.1.- Apresentando os gestores e gerentes municipais de saúde como agentes do trabalho/trabalhadores de saúde na estratégia de saúde da família - sujeitos da pesquisa.

A pesquisa foi realizada em 04 municípios com gestores e gerentes municipais de saúde, perfazendo um total de 15 trabalhadores de saúde, sendo 04 secretários de saúde, 04 coordenadores do PSF e 07 diretores das Unidades Básicas de Saúde que estão gerenciando a estratégia do PSF. Nos quadros 01 e 02, estão apresentadas a distribuição dos municípios, população, o número de Unidades Básicas de Saúde existentes e observadas e o número dos gestores e gerentes entrevistados. Uma gerente de uma UBS não foi entrevistada e nem observada no campo porque estava de licença maternidade.

Quadro 2 – Distribuição dos municípios, da população e o número de Unidades Básicas de Saúde, Maranhão, 2003

Municípios	População	N.º de UBS Existentes	N.º de UBS Observadas
A	16.349	04	03
B	111.587	08	04
C	111.884	17	-
D	14.144	05	-

Quadro 3 – Distribuição dos gestores e dos gerentes municipais de saúde entrevistados nas secretarias de saúde e nas unidades básicas de saúde, Maranhão, 2003

Municípios	Nº gestores entrevistados	Nº coord. do PSF entrevistados	Nº gerentes entrevistados/ observados	Total
A	01	01	03	05
B	01	01	04	06
C	01	01	-	02
D	01	01	-	02
Total	04	04	07	15

Por que os apresentamos como agentes do trabalho/trabalhadores de saúde? Porque assim como Peduzzi e Palma, consideramos que Agente do Trabalho se refere ao trabalhador constituinte do processo de trabalho, colocando em evidência as relações do agente com as demais pessoas desse processo; permite apreensão da dimensão histórica que, no trabalho e por meio da ação, faz a finalidade social de sua intervenção acontecer (2000).

E ainda, porque segundo Mishima, cabe aos gestores e gerentes de saúde um importante papel de articulação, e de condutor de processos de produção do cuidado no interior do trabalho em saúde, de ser um sujeito que tem a possibilidade de aproximar o conjunto dos trabalhadores do projeto assistencial que se tem em movimento (1995).

Sendo assim, é importante repensar a atividade gerencial com as contribuições de Bertussi e Mishima, pensar em discutir “a gerência como uma ferramenta do processo de trabalho em saúde, que possa possibilitar transformações no processo de tomada de decisões

no nível local, com maior engajamento do trabalhador de saúde e da população no projeto assistencial a ser desenvolvido pelos serviços públicos” (2003, p.3).

Dessa forma, os gestores e os gerentes municipais de saúde assumem um papel importante na condução dos serviços de saúde, daí porque achamos pertinente apresentar o perfil desses atores no gerenciamento do PSF e no cenário das UBS.

3.1.1- O perfil profissional dos gestores (secretários de saúde) e gerentes municipais de saúde (coordenadores do PSF).

Os trabalhadores entrevistados nesta investigação são secretários de saúde que são gestores¹³ municipais de saúde e coordenadores do PSF que ocupam cargos centrais na esfera de decisão no gerenciamento do PSF, isto é, no âmbito das secretarias municipais de saúde e pertencem a 04 (quatro) municípios, perfazendo um total de 08 (oito) trabalhadores de saúde. No quadro 03 é apresentada a distribuição desses gestores e gerentes segundo os cargos centrais, sexo, escolaridade, idade, tempo de formado, tempo no cargo, experiência na saúde pública, formação e escolha para o cargo.

¹³ Essa classificação de gestores e gerentes está sendo utilizada de acordo com a NOB/96 já referida em nota anterior nesta pesquisa.

Quadro 4 – Distribuição do número de gestores e gerentes segundo, os cargos centrais, sexo, escolaridade, idade, tempo de formado, tempo no cargo, experiência na saúde pública, formação e escolha para o cargo, Maranhão, 2003

Nº	Cargos centrais		Sexo		Escolaridade		Idade	Tempo de formados (anos meses)	Tempo no cargo (anos meses)	Experiência na Saúde Pública	Pós-graduação Especialização		Escolha para o cargo
	SMS	Coord. PSF	M	F	Sup.	Médio					Concluído	Não tem	
1	x		x		Bioq.		51	19 anos	28 meses	28 meses		x	Indicação política
2	x		x		Méd.		71	44 anos	10 anos	34 anos	x		Indicação política
3	x			x	Enferm.		61	30 anos	05 meses	28 anos	x		Indicação política
4	x			x	Econ.		32	8 anos	03 anos	03 anos	x		Indicação política
5		x	x			Téc. Cont.	39	10 anos	02 anos	18 anos		x	Indicação política
6		x		x	Enferm.		26	22 meses	01 ano	22 meses	x		Indicação política
7		x		x	Enferm.		51	21 anos	41 meses	06 anos	x		Indicação política
8		x		x	Assist. Soc.		41	17 anos	07 anos	15 anos	x		Indicação política

A categoria profissional corresponde a 03 enfermeiros, 01 médico, 01 bioquímico, 01 assistente social, 01 economista e 01 técnico de contabilidade.

Considerando o conjunto dos gestores e dos gerentes municipais de saúde, verifica-se que a maioria (06) é originária da área da saúde e (02) de outras áreas, sendo (07) de nível superior e (01) de nível médio que é Coordenador do PSF.

A falta de formação específica, isto é, a graduação ou a pós-graduação (especialização) desses gerentes, a nosso ver, pode ser considerada como uma dificuldade quando a olhamos do ponto de vista do ‘conhecimento com relação ao processo decisório’ e também na prática tem um caráter inibidor na participação do processo de capacitação.

Quanto ao sexo dos gestores e gerentes municipais de saúde, observamos que 04 são do sexo feminino e 04 do sexo masculino. Esse resultado assemelha-se ao estudo de Silva et al. (2003) ao estudar o perfil dos secretários de saúde do Estado, constataram que não houve uma diferença significativa entre o sexo masculino e o feminino, com 50,4% e 49,6% respectivamente e esse resultado difere do encontrado por (VILAR, 2001), quando estudou o perfil dos secretários no Rio Grande do Norte com (55.80%) do sexo feminino.

O perfil etário encontra - se na faixa etária de 26 a 41 anos com 04, seguido de 51 a 61 anos com 03 e 01 com mais de 70 anos. Quando se olha para a faixa etária de 26 a 41, há que se considerar a presença de pessoas jovens gerenciando o sistema de saúde. Ao verificarmos que destes, há dois gestores com 26 e 32 anos, pode-se, então, comparar os resultados dos estudos de Silva et al. (2003) com os secretários de saúde do Maranhão e os de Vilar (2001) com os secretários de saúde do Rio Grande do Norte, que encontraram 11,1% e 9.4% respectivamente na faixa etária com menos de 30 anos.

Analizando os dados do perfil etário desses trabalhadores, secretários de saúde e coordenadores do PSF, tendo em vista que a outra faixa etária que vem em seguida é a dos

que possuem idade superior a 50 anos, há que se considerar também a presença de pessoas que já estavam nos serviços de saúde há mais tempo, para gerenciar o sistema de saúde.

Com relação ao tempo de formado dos gestores: 03 (secretários de saúde) possuem mais de 02 a 10, 03 de 17 a 21 anos, 01 com 30 anos e 01 com 44 anos. Essa faixa etária, com menos de 10 anos de formado com dois gestores, ratifica a presença da força jovem no sistema de saúde. Analisando-se esses dados, observam-se dois grandes extremos, pois de um lado há 01 gestor com 02 anos de formado e do outro 02 gestores com 30 e 44 anos de formado. Observa-se, portanto, que além daqueles com maior experiência nos cargos de gestores, há também incorporação dos recém-formados no mercado de trabalho.

No que se refere ao tempo de exercício no cargo como secretário de saúde e coordenador do PSF, 01 (um) tem 05 meses, 05 (cinco) têm de 01 a 03 anos, 02 (dois) têm de 07 a 10 anos. Observando esses dados, verificamos que a maioria (06) tem 03 anos, o que não coincide com o tempo de formado. Entretanto, constatamos que há grandes extremos quanto ao tempo de formado e tempo no cargo, tendo em vista que existe 01 gestor que está com 02 anos de formado e 01 ano no cargo, outro com 10 anos e 02 anos no cargo, 01 com 19 anos e 28 meses no cargo e 01 com 30 anos de formado e 05 meses como gestor. Isso pode estar associado ao processo de escolha para o cargo, ou seja, cargos ainda considerados de “confiança do gestor prefeito”.

Como se observa, a maioria se encontra na faixa de 01 a 03 anos o que se assemelha ao estudo de Silva et al. (2003), que encontraram os percentuais de 40,0 % na faixa de 02 a 04 anos e de 25, 2 % com mais de 04 anos e, igualmente, ao estudo observado por Vilar (2001) que revela que o período de gestão dos gestores e dos gerentes varia de acordo com o período de gestão dos prefeitos, exatamente por ser um cargo de confiança, o que foi de fato comprovado nas observações de campo dessa pesquisa, num determinado município onde

alguns gestores e gerentes estão no segundo mandato, coincidindo com a reeleição do prefeito daquela localidade.

Quando se olha para a experiência de trabalho na saúde pública 02 gestores e / ou gerentes têm de 02 a 03 anos, 02 de 06 a 08 anos, 02 de 12 a 15 anos e 02 de 28 a 34 anos.

Ao analisarmos os dados sobre o tempo no cargo e compararmos com os referentes à experiência na saúde pública, constatamos que todos têm, experiência e tempo no cargo, porém há uma variabilidade em termos de tempo, mesmo porque existe 01 gestor com 34 anos de experiência e 10 no cargo, mas também há aqueles, com 15 anos de experiência e 07 no cargo, com 22 meses e 01 no cargo e com 03 anos e 03 no cargo, o que é praticamente a sua primeira experiência. Há também aquele com 28 anos de experiência e apenas 05 meses no cargo de gestor.

No universo de 07 trabalhadores de saúde de nível universitário, 05 cursaram especialização em Gestão em Saúde, Saúde Pública, Saúde da Família, Educação em Saúde Pública e 01 gestor (secretário de saúde) entrevistado na categoria médica tem especialização em Cirurgia Geral¹⁴. Destes, dois gestores cursaram ainda a especialização em Planejamento e Vigilância Epidemiológica e Formação Pedagógica em Educação Profissional em Auxiliar de Saúde e Enfermagem e apenas 02 não têm curso de especialização, sendo 01 coordenador do PSF, por ser de nível médio e 01 secretário de saúde. É interessante assinalar que, ao verificarmos os trabalhadores de nível superior, constatou-se que 06 cursaram ou estão cursando a pós-graduação (especialização) e apenas 01 não a tem.

Ao analisarmos a pós-graduação (curso de especialização) com o tempo de formado, verificamos que o maior número (05) encontra-se na faixa de maior tempo de formado, que variou entre 17 a 44 anos, indicando que a pós - graduação foi procurada por gestores com

¹⁴ Esse médico tem especialização em Cirurgia Geral e informa que tem uma longa experiência na fundação Nacional de Saúde e está no terceiro mandato como secretário de saúde.

maior tempo de formado, mas também por aqueles com pouco tempo de formado, pois há quem tenha apenas 22 meses de formado e já está fazendo o curso.

Ao relacionarmos a natureza dos cursos de especializações com o cargo ocupado, observamos que destes, apenas 01 está fazendo o curso de Saúde da Família, 01 fez o curso de Saúde Pública e Vigilância Epidemiológica e 02 fizeram o curso de Gestão em Saúde, ou seja, cursos específicos para a sua área de atuação e 03 fizeram cursos em outras áreas da saúde, como, por exemplo, Cirurgia geral, não necessariamente na saúde pública.

A situação da formação (pós-graduação) lato sensu desses 08 gestores e 07 gerentes entrevistados, mesmo que não represente o universo desses trabalhadores no Estado do Maranhão, indica uma sinalização na busca por capacitação, mesmo considerando a realidade das instituições públicas, por exemplo, a Universidade Federal do Maranhão que ainda não dispõe de uma maior oferta para atender a essa demanda.

Entretanto, é importante ressaltar que essas capacitações são reflexos da Universidade Federal do Maranhão, através do Pólo de Capacitação e Educação Permanente em Saúde da Família e do Departamento de Saúde Pública, por meio dos convênios celebrados com o Ministério da Saúde e, atualmente, através dos cursos auto-sustentáveis que têm sido oferecidos pelo Pólo de Capacitação e Educação Permanente, do MS.

Essa busca por capacitação por parte dos gestores, já é apontada por estudos (Silva et al. 2003), realizados sobre o perfil sócio - econômico, profissional e político dos gestores municipais de saúde do Estado do Maranhão os quais evidenciaram que, do universo de secretários pesquisados (135), 31,8% fizeram curso de especialização e 59,2 % informaram já terem feito uma capacitação específica para o exercício do cargo, percentuais esses, que pouco diferem do encontrado nos estudos de Fleury (1997) sobre a municipalização da saúde e o poder local no Brasil e Vilar (2001) no Rio Grande do Norte, respectivamente com 55,9% e 59,5 %.

As instituições formadoras (Universidades) só têm o programa de mestrado na área da saúde que são os mestrados de Saúde e Ambiente e Ciências da Saúde e os programas de mestrado e doutorado em Políticas Públicas, ambos da Universidade Federal do Maranhão, onde a grande demanda é constituída por docentes universitários, não alcançando ainda, em grande escala, o pessoal de serviços.

Essa ênfase mostra a necessidade de qualificação e de profissionalização que os trabalhadores de saúde têm para exercer a função gerencial nas UBS.

Com relação à pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) nenhum dos nossos entrevistados o fizeram, pois de fato ainda não é uma realidade, no âmbito do Estado, no sentido do acesso, tendo em vista que a oferta é ainda insuficiente para atender à demanda.

Diante dessa evidência, concordamos inteiramente com (PEDUZZI; PALMA, 2000) que “essa intervenção na dimensão da qualificação dos trabalhadores, entendidos como agentes-sujeitos históricos e sociais que conduzem o processo de trabalho em UBS, explicita que a concepção gerencial (condução do processo de trabalho) é ponto estratégico para a transformação das práticas sanitárias”.

Esta mesma idéia se reitera na fala do gestor sobre o seu papel a desempenhar na estratégia do PSF:

“Eu acho que tem inclusive, eu sou um dos que estou pleiteando a capacitação da Universidade no introdutório do PSF. Eu sou farmacêutico bioquímico, mas eu creio que isso é um ganho” (Gestor 01).

No que se refere à escolha para o cargo de gestor e gerente, observamos que o único critério adotado, ainda é o político, pois do total de gestores e gerentes entrevistados (08), todos foram por indicação política do prefeito, com exceção de um que acrescentou o currículo como parte do processo de escolha.

O Estado do Maranhão, que não é único dos estados da Federação, ainda não avançou como deveria no processo democrático, a ponto de escolher os seus representantes para

ocupar os cargos de gerência, através de um processo seletivo, ou seja, por concurso público, entrevistas, ou análise de currículo. Isso se deve a inúmeros fatores, porém o que se torna mais evidente e com maior relevância, é que esses cargos são de estreita confiança do prefeito. Isso não explicita se há ou não governabilidade, haja vista que exigiria um estudo mais aprofundado sobre o tema.

Porém, a partir das afirmações de Matus (1996), Mehry (2002, p. 153) afirma que há uma distinção entre ‘os que governam com ‘G’ dos que governam com ‘g’, expressando que há ‘agentes da organização’ que estão em posição de alta direção (‘G’), até mesmo de modo formal e funcional, mas há os outros ‘agentes’ que ocupam todos os outros espaços de ação na organização e que governam também (‘g’). Assim, todos os trabalhadores, estão em posição de exercer no cotidiano seu autogoverno, definindo caminhos, apontando e impondo direcionalidade ao seu trabalho.

Para o autor, ‘as noções de ‘G’ e ‘g’ devem ser consideradas como relativas dentro da organização, pois se o recorte for uma secretaria municipal de saúde, os secretários serão o ‘G’, porém se for mirada a máquina estatal como um todo, serão ‘g’’. De um modo geral, entendo que um gestor em saúde tem de ter capacidade de governar distintas relações de naturezas sociais e que a caixa de ferramenta dos gestores em saúde, no nível dos estabelecimentos, deve conter tecnologias que permitam a sua ação nos terrenos da política, das práticas institucionais e dos processos de trabalho (MERHY, 2002, p. 156-157).

3.1.2- O perfil profissional dos gerentes - diretores - municipais de saúde das Unidades Básicas de Saúde

Os diretores das UBS são os gerentes das unidades de saúde e são os condutores do processo decisório no cotidiano das unidades, isto é, como uma das portas de entrada do sistema de saúde. No quadro 4, é apresentada a distribuição desses gerentes, segundo os cargos, sexo, escolaridade, idade, tempo de formado, tempo no cargo, experiência na saúde pública, formação e escolha para o cargo.

Quadro 5 - Distribuição dos gerentes – diretores - municipais de saúde, segundo o cargo, sexo, escolaridade, idade, tempo de formado, tempo no cargo, experiência na saúde pública, formação e escolha para o cargo, Maranhão, 2003

Nº	Cargo Operacionais	Sexo		Escolaridade		Idade	Tempo formado (anos/meses)	Tempo no cargo (anos/meses)	Experiência. Saúde Pública	Especialização Pós graduação		Escolha p/ cargo
		M	F	Superior	Médio					Concluído	Não tem	
1	Diretor A		X	Enferm.		26 anos	7 meses	4 meses	4 meses		x	Indicação política
2	Diretor B		X	Enferm.		27 anos	30 meses	1 ano	30 meses	x		Indicação política
3	Diretor C		X	Enferm.		56 anos	3 anos	31 meses	3 anos	x		Indicação política
4	Diretor D		X		Ag. Adm.	42 anos	-	7 anos	7 anos		x	Indicação política
5	Diretor E		X		Téc. Cont.	41 anos	24 anos	9 meses	9 meses		x	Indicação política
6	Diretor F		X		ACS	39 anos	14 anos	8 anos	14 anos		x	Indicação política
7	Diretor G		X		Aux. Enferm	42 anos	15 anos	8 anos	8 anos		x	Indicação política

Esses trabalhadores de saúde pertencem a dois municípios, sendo um com menos de 20 mil habitantes, o outro com mais de 100 mil habitantes e estão distribuídos em 07 Unidades Básicas de Saúde, perfazendo um total de 07 diretores.

A categoria profissional corresponde a 03 enfermeiros e 04 técnicos de nível médio, a saber: 01 auxiliar administrativo, 01 técnico em contabilidade, 01 agente comunitário de saúde e 01 (uma) auxiliar de enfermagem. Considerando o conjunto desses gerentes municipais de saúde verifica-se que a maioria (05) é originaria da área da saúde e (02) de outras áreas

Quanto ao sexo dos gerentes municipais de saúde, é predominantemente feminino (07). Esse predomínio do sexo feminino nos leva a considerar essa tendência, que se assemelha a outros estudos, embora estes tenham sido feitos com secretários de saúde e com a Equipe do PSF. Vilar (2001), estudando o perfil dos secretários no Rio Grande do Norte, encontrou 55.80% do sexo feminino e a pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002c) das Equipes Saúde da Família em 10 grandes centros urbanos, mesmo levando em consideração as diferenças regionais, presentes na pesquisa nacional, observou – se um predomínio do sexo feminino.

Entretanto, essa tendência majoritária do sexo feminino aponta que mesmo considerando o grau de responsabilidade da função do gerente, esses cargos do ponto de vista político e técnico, de acordo com a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ SUS-NOB 01/96, são cargos mais operacionais, quando comparados aos dos gestores (secretários); o que se torna significativo observar a totalidade da presença feminina nesse campo de atuação¹⁵.

Considerando a realidade do Estado do Maranhão, Silva et al. (2003) verificaram que a presença do sexo feminino com 49,6% é superior ao encontrado por Fleury e Carvalho

¹⁵ Embora essa discussão não tenha sido objeto de preocupação nesse estudo, merece ser aprofundado e sugere pensar na condição de gênero.

(1997), quando estudaram o perfil dos secretários de saúde no âmbito nacional e encontraram 39,9% de representantes do sexo feminino. Esses dados demonstram uma crescente participação da mulher na gestão dos serviços de saúde.

Quando se olha para o perfil desses trabalhadores, verifica-se que a maioria dos gerentes, isto é, 06 diretores das Unidades Básicas de Saúde encontram-se na faixa etária de 26 a 42 anos. Destes, 01 tem 26 anos, seguido de 27 anos, 39 anos, 41 anos, e 02 com 42 anos. Ao considerarmos a faixa etária de 26 e 27 anos, temos que observar a presença de pessoas mais jovens, gerenciando o sistema de saúde, ratificando assim estudos anteriores e já referidos nessa pesquisa (VILAR, 2001; SILVA et al., 2003).

Prosseguindo com a análise, há 04 gerentes com 39 a 42 anos e 01 com 56 anos, não havendo, portanto, uma prevalência da maior faixa etária no cargo de gerente. O fato de ter uma maior faixa etária não é um indicativo para estar ou não gerenciando os serviços de saúde.

Ao analisarmos a faixa etária dos gerentes de nível médio, observamos que os 04 encontram-se entre 39 a 42 anos, o que corresponde a presença de pessoas jovens no sistema de saúde, não tanto quanto a dos gerentes de nível superior, porque há gerentes com 26 e 27 anos respectivamente. Esses resultados nos levam a constatar que este parece ser um indicativo nesse universo pesquisado.

Com relação ao tempo de formado dos gerentes, considerando somente os diretores de nível superior, que são três enfermeiras, observamos que todas têm pouco tempo de formada, pois estão entre 07 meses, 30 meses e 03 anos. Essa faixa com menos de 03 anos endossa a presença de pessoas jovens na gerência dos serviços de saúde e mostra a incorporação dos recém-formados no mercado de trabalho e justamente na gerência dos serviços de saúde.

Comparando-se o tempo de formado com a idade dos gerentes, verificamos que existe diferença, pois há gerente com menos de 28 anos de idade e com até menos de 30 meses de formado, enquanto que há gerente com 56 anos e com apenas 03 anos de formado.

Ao analisarmos a faixa etária dos gerentes de nível médio, observamos que 04 encontram-se entre 39 a 42 anos, o que corresponde a presença de pessoas jovens no sistema de saúde, quando comparada a dos gestores de saúde e 04 estão na faixa de 51 até 70 anos, porém nem tanto quanto a dos gerentes de nível superior, porque há diretores com 26 e 27 anos nos serviços de saúde.

Quando se olha para o tempo de exercício no cargo dos gerentes, é interessante destacar que ele varia entre 04 meses, 09 meses, 01 ano, 02 anos e meio e de 07 a 08 anos. Assim, os menores tempos no cargo são dos profissionais de nível superior, do profissional enfermeiro, enquanto que os maiores (07 e 08 anos) são dos profissionais de nível médio e coincidem com o segundo mandato do atual prefeito.

Ao analisarmos os dados sobre o tempo no cargo com o tempo de formado, verificamos que, para os profissionais de nível superior, esse tempo é bem próximo (quadro 04) sendo que essas faixas são praticamente iguais, com diferenças de 03 e 05 meses, e com 18 meses, enquanto que a faixa dos gerentes de nível médio é bem maior, com mais de 07 anos e mais de 23 anos.

Essa maior aproximação do tempo de formado com o cargo ocupado de gerente é desempenhada pelo profissional enfermeiro que é da Equipe do Programa de Saúde da Família, o que também pode demonstrar a incorporação dessa categoria no mercado de trabalho através do PSF.

Com relação à experiência na saúde pública, observamos que os gerentes de nível superior têm entre 04 meses e 03 anos de experiência na área, enquanto que os gerentes de

nível médio têm de 07 a 14 anos, com exceção apenas de 01 que só tem 09 meses de trabalho, o que corresponde exatamente ao mesmo período que está no cargo de gerente.

Analisando ainda esses dados, observamos que há uma convergência em termos do tempo no cargo e a experiência na saúde pública na quase totalidade dos gerentes (diretores das UBS) entrevistados, tendo em vista que destes, quatro possuem exatamente o mesmo tempo (quadro 03), dois têm diferença de meses (05 e 18 meses) e, apenas, um difere dos outros porque está no cargo há 08 anos e tem uma experiência na saúde pública como ACS há 14 anos.

Essa análise demonstra que a escolha do cargo de gerente não está diretamente associada a ter ou não maior experiência profissional na área da saúde pública, haja vista ter gerentes com tempos exatamente iguais, isto é, de 04 e 09 meses e de 07 e 08 anos.

Quando se analisa a escolaridade dos gerentes, especificamente em relação a pós-graduação, verifica-se que dos (03) três diretores de nível superior, (02) dois fizeram especialização nos cursos de Gestão em Saúde e Formação Pedagógica em Educação Profissional em Auxiliar de Enfermagem -PROFAE- e 01 gerente não tem especialização¹⁶.

A natureza dos cursos de especialização está na área de saúde, entretanto, ao relacionarmos com o cargo ocupado de gerente, constatamos que o curso de Gestão em Saúde é bem específico para o cargo desempenhado pela gerente e que o outro é mais direcionado para a categoria profissional, isto é, na área da enfermagem.

No que diz respeito à formação, é interessante destacar que os gerentes de nível médio, isto é, com o segundo grau completo, por ocasião do preenchimento do instrumento, na pergunta a respeito da atualização, eles relacionaram os cursos que fizeram, como, por exemplo, relações humanas no trabalho, administração e vários outros treinamentos.

¹⁶ Essa gerente é a que tem 07 meses de formada e apenas 04 meses no cargo, ou seja é recém – formada.

Essa ênfase mostra a necessidade de qualificação e de profissionalização que os trabalhadores de saúde têm para exercerem a função gerencial nas UBS.

Quanto à forma de escolha para o cargo de gerente, ela é eminentemente política, pois todos os gerentes entrevistados foram indicados pelo prefeito ou, às vezes, pelo secretário de saúde.

Entretanto, é importante destacar o entendimento de alguns gerentes (03), pois consideram que a sua indicação não foi política, tendo em vista que foram indicados por outros profissionais que já trabalhavam no município ou como resultado de sua experiência profissional, desenvolvida no hospital municipal.

É interessante assinalar o comentário de um desses gerentes, sobre a questão da escolha do cargo:

“[...] trabalhava no Hospital B, o posto tinha outro diretor da confiança do prefeito, não deu certo, mandaram pesquisar no Hospital uma pessoa com o perfil, mandaram eu vir para passar 06 meses e até hoje” (Gerente B2).

Quando se analisa a forma de escolha e o tempo no cargo, principalmente, dos quatro gerentes de nível médio, observamos, com exceção de uma gerente com 09 meses, que é exatamente de 07 a 08 anos, coincidindo com o segundo mandato do prefeito naquela localidade.

No Estado do Maranhão, como na maioria dos estados da Federação, essa forma de escolha para os cargos ainda é uma prática muito comum, tendo em vista que são cargos comissionados, de confiança dos gestores e frutos de toda uma herança política, por isso o processo democrático ainda não evoluiu a ponto de escolhas diretas e com a participação da comunidade, dos seus representantes para dirigir os serviços de saúde.

Esse fato foi bastante evidenciado no município B, universo da nossa pesquisa, pois, todos os gerentes das UBS e o gestor, estão no cargo há 08 anos, coincidindo com o segundo mandato do prefeito naquela localidade. Durante as nossas observações de campo nessas UBS, tivemos a oportunidade de saber que a escolha desses gerentes, que são todos de nível

médio, se deu em função do trabalho, realizado nos comitês políticos na primeira eleição e na reeleição do prefeito.

Esse fato, que infelizmente não é uma exclusividade do Estado do Maranhão, tem muito a ver com o processo histórico das oligarquias instauradas no Estado há várias décadas.

Nesse sentido merece destaque o estudo sobre a questão social no Maranhão, suas expressões, e determinações, que fez uma análise das formas de fazer política no Estado. Menciona os dois períodos históricos, denominado Vitorinismo iniciado na década de 40 e o segundo, denominado oligarquia Sarney, que se inicia com a eleição, em 1965, de José Sarney a governador do Maranhão, aos dias atuais (PEREIRA; SANTOS; SILVA, 2003).

O Maranhão dos anos de 1990 é um Estado, cujo governo fez uma aposta modernizante, de investimento industrial, de crescimento do turismo, de progresso, de políticas públicas para melhorar os indicadores sociais.

O governo de Roseana Sarney (1994-2002) representou uma continuidade do projeto oligárquico da família Sarney, contudo essa continuidade se deu através da criação de novos mecanismos de dominação, respaldados na reedição do discurso da “modernização” através da implantação das políticas neoliberais (PEREIRA; SANTOS; SILVA, 2003).

Desde o seu primeiro mandato, Roseana Sarney apresentou uma “política de desenvolvimento” para o Maranhão que foi se projetando a partir de ajustes econômicos e políticos, consolidando-se com a Reforma do Estado, aprovada pela lei 7.356 de 29 de dezembro de 1998. Tal Reforma pretendia criar uma participação cidadã, através de canais de diálogo e colaboração entre governo e sociedade, mas serviu para o acirramento dos problemas sociais. Após esta reforma, o Maranhão criou a estrutura de poder mais centralizada do país; a reforma extinguiu de uma só vez órgãos vitais para o desenvolvimento do Estado.

A participação da sociedade, na gestão do SUS, ainda está longe de ser a ideal, o que é perfeitamente compreensível, quando levamos em consideração o quadro de profundo agravamento de exclusão social no país. Sendo assim, o controle social, em sua grande maioria, ainda não é suficiente para evitar a concentração e o abuso do poder.

Diante dessa evidência e como balanço do controle social no Estado de acordo com as propostas apresentadas nas Conferências Estaduais de Saúde, iniciou-se o processo de

capacitação de monitores em parceria com o Conselho Nacional de Saúde e o Consórcio Nacional de Capacitação de Conselheiros de Saúde, no ano de 2002. Atualmente, o Maranhão conta com 28 monitores habilitados, que já capacitaram 850 Conselheiros, tanto municipais e estaduais, em 28 cursos realizados.

A nossa análise das sucessivas Reformas do Estado do Maranhão, pelo menos no âmbito da saúde, é que a descentralização, encaminha-se para uma configuração de fragmentação de serviços e de ações que evidenciaram a fragilidade de planejamento mais global, que pudesse efetivamente configurar-se como uma política de Estado, capaz de articular os serviços e hierarquicamente, numa ação solidária e organizada entre municípios e serviços do Estado, garantir a estruturação de um Sistema de Saúde, baseado nos princípios e Normas Operacionais do SUS.

Provavelmente, essa configuração local repercutiu nos encaminhamentos políticos administrativos e de Controle Social no âmbito da Política de Saúde do Estado e, conseqüentemente, para a forma como se organizam os serviços de saúde no âmbito dos municípios.

A conclusão da análise do perfil profissional do conjunto dos gestores e dos gerentes municipais de saúde no universo pesquisado, é que existem especificidades nas variáveis: faixa etária, tempo de formado e experiência na saúde pública.

Nesse sentido, é importante ressaltar a presença de pessoas bem mais jovens na direção das UBS, pois 06 gerentes estão na faixa etária de 26 a 42 anos e apenas 01 com 56 anos, diferente do perfil da maioria dos gestores (04 estão na faixa de 51 a 61, encontramos até com 70 anos).

Também nos chama atenção essa diferença na faixa etária dos diretores e dos coordenadores do PSF em relação à dos gestores, pois para esses que ocupam os cargos de secretários de saúde ainda prevalece aqueles com maior faixa etária.

O tempo de formado é outra variável que faz a diferença entre os gestores e gerentes, uma vez que, os diretores estão na faixa que vai dos 07 meses a 03 anos, enquanto que os gestores, com exceção de 01, Coordenador do PSF, que tem 02 anos, estão na faixa de 10 a 30 anos, chegando até aos 44 anos de formado. Esse, portanto, parece ser um diferencial entre os dois grupos, haja vista que há um intervalo grande entre o menor (07 meses) e o maior (44 anos). Isso pode significar que a escolha para a função de gestor esteja associada à maturidade do profissional e à maior experiência de trabalho em saúde, não especificamente na saúde pública, tendo em vista que há gestores com três anos de experiência nessa área e com 08 e 19 anos de formado.

Quando analisamos a experiência na saúde pública, verificamos que os gerentes (diretores das UBS) possuem bem menos tempo que os gestores, pois a maioria dos gerentes está na faixa de 04 meses a 08 anos com 06 diretores e a faixa dos gestores inicia-se com 02 a 03 anos com 02 (um deles é secretário de saúde e o outro é coordenador do PSF).

Essa diferença aumenta ainda mais, quando analisamos o maior tempo profissional dos diretores das UBS com 14 anos e comparamos à dos secretários de saúde com 28 e 34 anos.

Sendo assim, na configuração do perfil dos gestores e dos gerentes municipais de saúde, esse é outro diferencial, cujas diferenças são compreensivas, tendo em vista que o tempo de formado dos diretores das Unidades Básicas de Saúde é bem menor que a dos gestores de saúde.

Essas diferenças, de maior faixa etária, tempo de formado e de experiência na saúde pública dos secretários de saúde, podem coincidir com o critério de escolha,¹⁷ mesmo sendo político e também estarem associadas à escolha dos gestores (prefeitos) e ao grau de competências e ao poder de decisão, pois de acordo com a Norma Operacional Básica 01/96 e

¹⁷ Mesmo considerando essas diferenças de competências estabelecidas na NOB/1996 e nas NOAS/2001 e 2002 precisaria de um estudo mais acurado para confirmar ou não a relação com os critérios de escolha dos respectivos cargos

as Normas Operacionais de Assistência à Saúde – NOAS 01/ 2001 e NOAS 01/2002– são diferenciadas e bem maiores que as definidas para os gerentes das UBS, haja vista que esses gerenciam a saúde da família no âmbito das unidades, enquanto os gestores gerenciam todo o sistema de saúde municipal.

Diante dessas evidências, a nossa compreensão é que, de fato, não há explicação nessas variáveis dos dois grupos pesquisados identificadas para definir ou configurar o perfil dos gestores e dos gerentes de saúde, até porque esse padrão não existe e o que constatamos é que essas variáveis são indicativos, que possibilitam a caracterização e o conhecimento da realidade local. Isso também nos permitiu uma maior aproximação com o gerenciamento da saúde da família, ou seja, com a dimensão gerencial¹⁸ a partir de um recorte voltado para a prática diária ou para o cotidiano dos gerentes municipais de saúde nas Unidades Básicas de Saúde.

Parte II

3.2- O processo de trabalho dos gestores e dos gerentes no gerenciamento das unidades gestoras: secretarias municipais de saúde e unidade básicas de saúde

Esse tópico é a parte nuclear dos resultados, já que configuram os diferentes momentos do processo de trabalho dos gestores e dos gerentes de saúde, ou seja, ele capta a realidade de trabalho vivenciada por esses autores e estabelece uma relação entre o discurso e a prática e se, de fato, a gerência está sendo tomada ou não, como ferramenta de transformação do processo de trabalho, na saúde da família.

¹⁸ A dimensão gerencial diz respeito à introdução e / ou manutenção de processos administrativos identificados como inovadores na gestão municipal de saúde, sendo frequentemente recomendados pelos organismos formuladores das políticas do setor (FLEURY; CARVALHO, 1997).

3.2.1 - A configuração das atividades realizadas pelos gerentes no cotidiano do gerenciamento do Programa Saúde da Família

A configuração das atividades dos gerentes das UBS foi estudada, conforme consta na metodologia, sob duas formas, ou seja, Inventário de Atividades respondido pelos próprios gerentes e observação sistemática direta no campo sobre a atuação dos mesmos, realizada pelo pesquisador.

As atividades resultantes do Inventário estão apresentadas nos Quadros de 06 a 11, segundo a classificação, a frequência e a categoria profissional daqueles que as realizam.

Após a apresentação de cada quadro do Inventário e da discussão dos resultados, acrescentamos a discussão sobre as atividades da observação sistemática direta no campo, pois a população que respondeu ao inventário é a mesma que foi observada.

ATIVIDADES COMPLEMENTARES AO TRABALHO DE OUTROS PROFISSIONAIS DE SAUDE

Quadro 6 – Distribuição das Atividades complementares ao trabalho de outros profissionais de saúde realizadas pelos gerentes, segundo a classificação, a frequência e a categoria profissional nas Unidades Básicas de Saúde – Maranhão ;2003

1. Atividades complementares ao trabalho de outros profissionais de saúde	Frequência / Categorias																			
	Muito					Regular					Pouco					Não Faz				
	Enf	ACS	Aux. Adm.	Tec Cont	Aux Enf	Enf	ACS	Tec Cont	Aux Enf	Aux. Adm.	Enf	ACS	Tec Cont	Aux Enf	Aux. Adm.	Enf	ACS	Tec Cont	Aux Enf	Aux. Adm.
Entrega de medicação	xx	X	x	X	x	X														
Marcação de consultas e exames	x			X							x	x		x	x	x				
Organização dos prontuários						Xxx						x		x				x		x
Referencia por escrito ou verbal para outros serviços;	x		X	X							xx	x		x						
De enfermagem																				
Pré-consulta	x															xx	x	x	x	x
Pós- consulta	xxx																x	x	x	x
Administração de medicamentos VO;	x	X														xx		x	x	x
Curativos		X									x			x	x	xx		x		
Comunicação e Transporte		X				X										xx		x	x	x
Verificação de PA		X									xx			x	x	x		x		
Administração de medicamentos EV															x	xxx	x	x	x	

*Legenda :O x representa a resposta individual de cada categoria profissional

Categorias profissionais: Enfermeira-03

Auxiliar de enfermagem-01

Auxiliar administrativo-01

Técnico de contabilidade -01

Agente comunitário de saúde-01

ATIVIDADES COMPLEMENTARES AO TRABALHO DE OUTROS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Com relação às atividades complementares ao trabalho de outros profissionais de saúde, desenvolvidas pelos gerentes, observamos que existem atividades que são específicas a cada categoria profissional, pois as gerentes enfermeiras realizam atividades como pré e pós - consulta, mesmo que haja variação da intensidade, enquanto que os outros gerentes pertencentes ao nível médio como: técnico de contabilidade, ACS, auxiliar de enfermagem e auxiliar administrativo não as desenvolvem. Outro exemplo disso é que o técnico de contabilidade não executa atividades, tais como: curativos, verificação de PA e ministração de medicamentos EV

É importante ressaltarmos que entre as gerentes de nível médio pertencentes à área de saúde, como o ACS e o Auxiliar de Enfermagem, existe também uma relação quanto à execução dessas atividades, tais como: curativos e verificação de PA. Entretanto, vale destacar que também houve uma exceção nesta lógica de raciocínio, pois de acordo com o instrumento respondido pelos gerentes (Inventário das atividades), observamos que a gerente auxiliar administrativo informa que desenvolve as atividades como curativos, verificação de PA e ministração de medicamentos EV, mesmo que seja com pouca frequência.

As outras atividades, tais como: organização de prontuários, dispensação de medicação, encaminhamento por escrito ou verbal para outros serviços, são desenvolvidos por todos os gerentes, isto é, por todas as categorias profissionais, o que nos possibilita dizer que são atividades comuns.

Em relação a esse grupo de atividades, que foram resultado da observação sistemática direta do trabalho, verificamos que várias atividades se repetem, ou seja, foram também observadas, como todas aquelas voltadas para a assistência direta e outras também ocorreram como: orientações sobre o uso de medicamentos para os pacientes, orientações sobre a

embalagem da medicação, entrega de preservativos e registro no livro de controle, encaminhamento dos pacientes para recebimento de medicação no hospital.

Cabe ressaltar também aquelas atividades que foram realizadas na área adscrita, externas à UBS, como: verificação de sinais vitais (PA) em dois pacientes nos domicílios, ministração de medicamentos via oral (dose supervisionada de hanseníase) na visita domiciliária da microárea X, acompanhamento do paciente com epilepsia ao hospital da sede do município, orientações sobre o uso de medicamentos para os pacientes, entrega de medicamentos para os programas específicos: hipertensão, diabetes e hanseníase para os pacientes e marcação de consultas para a UBS na visita domiciliária da microárea Y e também aquelas realizadas nos equipamentos sociais (escolas, igrejas, etc.) como: coleta de sangue para exames de glicemia no salão paroquial da igreja, solicitação de exames laboratoriais normatizados (glicemia), encaminhamentos dos pacientes com diabetes para o hospital para a realização de exames de glicemia.

Chamam atenção, nesse grupo de atividades observadas, alguns diferenciais importantes em relação às do Inventário que são: o local, como são desenvolvidas e as relações de interação que se estabelecem no ato da ação entre os profissionais, os usuários e a comunidade.

Considerando o conjunto das atividades internas na UBS, é importante ressaltar que a grande maioria destas atividades é executada pelas gerentes enfermeiras, especialmente, as gerentes enfermeiras A2 e A3, tendo em vista que as gerentes de nível médio como: ACS, técnico de contabilidade, auxiliar administrativo e auxiliar de enfermagem desenvolvem atividades de marcação e remarcação de consultas, encaminhamento de pacientes, com exceção apenas de uma gerente auxiliar de enfermagem que administra medicação endovenosa (soro).

Quanto às atividades externas à UBS e aos equipamentos sociais, aquelas são realizadas somente pelas gerentes enfermeiras, principalmente, a gerente A2 e A3, pois a enfermeira gerente A1 só trabalha um turno na UBS.

Analisando a prática das gerentes de saúde com relação a essas atividades, merece registrar que as mesmas foram realizadas com a comunidade, por ocasião da realização de uma palestra das gerentes enfermeiras com os ACS para um grupo específico de diabetes, no salão paroquial da igreja e nas visitas domiciliárias nas microáreas com a equipe de saúde da família (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e ACS).

Quando olhamos para essas atividades e tomamos como referência os princípios do SUS, principalmente, a descentralização e o contexto nos quais foram executadas, é importante enfatizar que as visitas domiciliárias nas microáreas mostram que algumas ações de saúde estão sendo descentralizadas para a comunidade, principalmente, para a população da zona rural, conforme é mencionado pelos gerentes e que abordaremos nas análises das entrevistas.

Essas mesmas atividades, analisadas à luz dos princípios do PSF, encontram ressonância no princípio da territorialização e na adscrição da clientela, que preconizam para a equipe atividades que contemplem tanto ações individuais (consultas, orientações) como coletivas, por exemplo as de vigilância em saúde com ênfase na população adscrita e, dentre essas, consta a visita domiciliária para acompanhamento, planejamento local e grupos educativos.

Ao verificarmos o conjunto das atividades executadas pelos gerentes das UBS, na observação sistemática direta no contexto de execução das mesmas, chama-nos a atenção o protagonista da ação, isto é, quem as desenvolve, surgindo assim um questionamento: Por que só a categoria das enfermeiras realiza a maioria dessas atividades e a outra categoria de gerentes não?

Em função desse protagonismo, e levando em consideração a realidade do município A, onde os gerentes A1, A2 e A3 são enfermeiras das Equipes de Saúde da Família e os outros gerentes do município B pertencem a outra categoria profissional, continuamos a nos perguntar se essas atividades são de fato e de direito competências do gerente ou do profissional enfermeira da saúde da família? Qual é a política que direciona essas atividades?

Segundo os estudos do CIPESC, Mishima et al. (1999); Bertolozzi et al. (1999) apontam que as enfermeiras já vinham realizando as atividades de pré e pós-consulta, curativos, comunicação e transporte, antes da Saúde da Família e que outras atividades como: ministração de medicamentos IM e VO, administração de tratamento normatizado e solicitação de exames normatizado são realizadas com frequência dispersa^{19*}, sendo que as duas ultimas atividades não eram desenvolvidas pelas enfermeiras nos cenários do CIPESC e, agora, passam a ser citadas, indicando, portanto, que fazem parte da prática do trabalho da enfermeira na Saúde da Família (TEIXEIRA, 2002).

Esses estudos vêm reforçar e corroborar no sentido do questionamento acima referido, o que nos permite então dizer que a maioria das atividades complementares ao trabalho de outros profissionais de saúde tem mais relação com a prática da enfermeira da Saúde da Família do que com a função de gerente.

ATIVIDADES VOLTADAS Á ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO, INFRA-ESTRUTURA, PLANEJAMENTO DO SERVIÇO (AÇÕES ADMINISTRATIVAS)

¹⁹A partir da aplicação do “Inventário das ações de enfermagem” foi identificado a frequência que vem sendo desenvolvida as ações de enfermagem agrupando as atividades de acordo com o grau de concentração e dispersão, definindo assim 3 grupos de atividades, sendo ele: maior frequência, menor frequência e frequência dispersa. Para esse agrupamento foi considerado para as atividades dispersas aquelas que ficam em torno de 50% (TEIXEIRA, 2002, p. 51).

Quadro 7 – Distribuição das atividades organização do processo de trabalho, infra-estrutura, planejamento de serviços (ações administrativas) realizadas pelos gerentes, segundo a classificação, a frequência e a categoria profissional nas Unidades Básicas de Saúde-
Maranhão;2003

2. Atividades organiz. Proc. trab., infra - estrutura, planej. serviços (ações administrativas – Ativ. organização do fluxo)	Frequência / Categorias																			
	Muito					Regular					Pouco					Não Faz				
	Enf	ACS	Aux Adm	Tec Cont	Aux Enf	Enf	ACS	Tec Cont	Aux Enf	Aux Adm	Enf	ACS	Tec Cont	Aux Enf	Aux Adm	Enf	ACS	Tec Cont	Aux Enf	Aux Adm
Atender demanda reprimida	xxx	x		x	x															x
Organizar de consultórios ou salas de atendimento	x	x		x							xx			X						x
Atividades Gerais																				
Resolver problemas de abastecimento e/ou reposição de material	xxx		x	x					x			x								
Enviar relatórios à Secretaria Municipal de Saúde						xxx	x	x	x	x										
Preparar de material para exames específicos	xxx													X			x	x		x
Resolver problemas de funcionários	x		x	x			x				xx			X						
Providenciar medicamentos						xxx	x	x	x	x										
Fazer pedidos de reposição de farmácia						xx	x	x	x	x						x				
Planejar os serviços de saúde	x			x		xx								X	x		x			
Coordenar e supervisiona serviços de saúde	x			x		xx	x							x	x					
Supervisionar serviços de saúde	x			x		xx	x							x	x					
Elaborar/ implantar normas e rotinas administrativas						xx			x		x	x		x	x					

*Legenda: O x representa a resposta individual de cada categoria profissional

Continua...

Categorias profissionais: Enfermeira-03

Auxiliar de enfermagem-01

Auxiliar administrativo-01

Técnico de contabilidade -01

Agente comunitário de saúde-01

....Continuação

Quadro 8: Distribuição das atividades organização do processo de trabalho, infra - estrutura, planejamento de serviços (ações administrativas) realizadas pelos gerentes, segundo a classificação, a frequência e a categoria profissional nas Unidades Básicas de Saúde - Maranhão; 2003: continuação

2. Atividades organiz. proc. trab., infra - estrutura, planej serv. (ações administrativas –Continuação Ativ. Gerais	Frequência / Categorias																			
	Muito					Regular					Pouco					Não Faz				
	Enf	ACS	Aux Adm	Tec Cont	Aux Enf	Enf	ACS	Tec Cont	Aux Enf	Aux Adm	Enf	ACS	Tec Cont	Aux Enf	Aux Adm	Enf	ACS	Tec Cont	Aux Enf	Aux Adm
Planejar, implantar e/ou participar de planos e programas de saúde						xx					x			x			x	x		x
Elaborar relatórios e boletins						xx	x	x	x		x				x					
Planejar atividades junto ao grupo de famílias						x										xx	x	x	x	x
Planejar e solicitar recursos humanos								x			x	x		x	x	xx				
Distribuir recursos humanos						x		x				x		x	x	xx				
Avaliar pessoal de saúde		x	x		x	xx							x			x				
Elaborar escalas				x		x	x		x	x						xx				
Distribuir tarefa	xxx	x		x						x				x						
Prever material permanente	x			x		x					x	x		x	x					
Supervisionar a limpeza	xxx	x	x	x	x															
Providenciar reparo e manutenção de aparelhos e equipamentos				x		x				x	xx	x		x						
Realizar reunião com a equipe de saúde da família						x					xx	x		x	x			x		
Realizar Compra de Material de Consumo						x					xx						x	x	x	x
Abonar e encaminhar relatórios de faltas abonadas								x		x	xx	x			x	x				
Avaliar de esterilização		x				x			x							xx		x	x	
Treinar de funcionários						xxx							x				x		x	x

Continua.....

Continuação ...

Quadro 9: Distribuição das atividades organização do processo de trabalho, infra-estrutura, planejamento de serviços (ações administrativas) realizadas pelos gerentes, segundo a classificação, a frequência e a categoria profissional nas Unidades Básicas de Saúde- Maranhão; 2003: continuação

2 Atividades organiz proc. Trab. infra - estrutura, planej serv. (ações administrativas – Ativ. Gerais	Frequência / Categorias																			
	Muito					Regular					Pouco					Não Faz				
	Enf	ACS	Aux Adm	Tec Cont	Aux Enf	Enf	ACS	Tec Cont	Aux Enf	Aux Adm	Enf	ACS	Tec Cont	Aux Enf	Aux Adm	Enf	ACS	Tec Cont	Aux Enf.	Aux Adm
Substituir outros gerentes ou enfermeiras em licença, férias ou falta											xx					x	x	x	x	x
Conferir e levar pessoalmente a frequência dos funcionários a SMS.						x	x	x	x	x						xx				
Ativ. Específicas																				
Fazer supervisão e escala da equipe de enfermagem;	xx	x							x	x						x		x		
Planejar os serviços de enfermagem	xxx													x	x		x	x		
Coordenar os serviços de enfermagem	xxx								x								x	x		x
Supervisionar serviços de enfermagem	xxx		x	x			x							x						
Supervisionar e controlar pessoal de saúde de enfermagem	xxx	x	x	x				x												
Fazer reunião com os Coord. de Enfermagem	xx					x	x	x	x	x										
Fazer reunião com os ACS	xxx						x		x				x							x
Avaliar pessoal de enfermagem.	xx	x	x		x	x												x		
Elaborar/implantar normas, rotinas e técnicas de enf.	x					xx								x			x	x		x

*Legenda: O x representa a resposta individual de cada categoria profissional

Categorias profissionais: Enfermeira-03

Auxiliar de enfermagem-01

Auxiliar administrativo-01

Técnico de contabilidade -01

Agente comunitário de saúde-01

No conjunto das atividades voltadas para a organização do processo de trabalho, infra-estrutura e planejamento de serviços (ações administrativas), observamos que, dentro da mesma categoria de gerentes enfermeiras, praticamente não existe diferença quando consideramos o núcleo de competência²⁰ desse profissional, o que existe de fato são algumas especificidades quanto à execução e à intensidade do trabalho como, por exemplo, a avaliação de esterilização que só é feita por uma gerente enfermeira e as outras duas gerentes não a fazem, porque nessas UBS não fazem curativos. Outro exemplo, nessa mesma linha de raciocínio, é a distribuição de recursos humanos e a elaboração de escalas; das três gerentes enfermeiras, duas não as fazem, pois nas unidades de saúde só existe uma equipe de saúde da família e, na outra unidade, a gerente executa essas atividades, além da ESF existem mais recursos humanos. E ainda, quanto a planejar atividades junto a grupos de famílias, só uma gerente enfermeira a desenvolve que é exatamente a gerente da UBS A, localizada no povoado do município.

Quanto às atividades desenvolvidas pelos profissionais de nível médio (técnico de contabilidade, ACS, auxiliar de enfermagem, agente administrativo), observamos que não há uma explicação para a execução ou não dessas atividades com relação a natureza das mesmas, o que existe é uma variação em termos da execução, pois há atividades como: planejar, implantar e ou participar de planos e programas de saúde que o auxiliar de enfermagem faz com pouca frequência e o ACS não faz, e ambos são da área da saúde, há também outras, por exemplo, treinamento de funcionários que as duas categorias não fazem.

Olhando para os gerentes que são técnico de contabilidade e auxiliares administrativos existem situações similares às citadas anteriormente, como por exemplo, a avaliação de esterilização que ambos não fazem, pois nesse caso existe o requisito do conhecimento específico, porém há outras atividades, a saber: supervisão e escala da equipe de enfermagem

²⁰ Esse núcleo de competência referido diz respeito a realidade local do universo pesquisado quando tomamos o conjunto das atividades para a organização do processo de trabalho, infra-estrutura e planejamento de serviço.

que o técnico de contabilidade não desenvolve, entretanto, o auxiliar administrativo a executa, mesmo sendo uma atividade classificada no grupo da organização do processo de trabalho infra - estrutura e planejamento de serviços (ações administrativas) no campo das atividades específicas.

Ainda no que se refere a esse grupo de atividades específicas, observamos que quanto ao planejamento dos serviços de enfermagem, os profissionais que não a executa são o técnico de contabilidade e o ACS, entretanto, o auxiliar de enfermagem e o auxiliar administrativo a desenvolve com a mesma intensidade.

Nesse ‘pool’ de atividades, que compõem esse grupo da organização do processo de trabalho infra-estrutura e planejamento de serviços ou das ações administrativas, assim consideradas, existe um grande número de atividades que são comuns e executadas por todos os gerentes, independentemente da categoria profissional ou do nível de escolaridade (superior ou médio). Entre elas destacam-se: supervisionar a limpeza, providenciar reparo e manutenção de material, planejar, coordenar e supervisionar os serviços de saúde, prever material permanente, distribuir tarefas, enviar relatórios, etc. Destas, inclusive existem atividades que são realizadas pelos gerentes com a mesma intensidade de frequência, como por exemplo, a supervisão de limpeza é executada por todos com muita frequência, a provisão de medicamentos e a reposição de farmácia são realizadas com uma frequência regular.

Quanto às atividades desta classificação, resultantes da observação sistemática direta do trabalho, verificamos a presença da grande maioria principalmente, as atividades de organização de fluxo, as gerais relacionadas à assistência, à gerência da unidade, gerência de recursos humanos e materiais e as atividades específicas de enfermagem. Entretanto, foram acrescentadas: enf^a gerente chega à microárea do povoado X e organiza a fila de dispensação de medicamentos; enf. gerente avisa na reunião com os ACS que a realização dos exames preventivos nas áreas adscritas foram descartados por causa do carro; gerente entrega ofício

para o vigia levar para o hospital solicitando sonda nasogástrica; gerente não entrega a medicação para uma paciente de outra equipe do PSF, porque a auxiliar de enfermagem da equipe faz o controle no livro.

Nessa classificação das atividades voltadas para a organização do processo de trabalho, infra-estrutura, planejamento de serviços (ações administrativas), acrescentamos outras atividades como:

- o Atividades voltadas para a comunicação: enf^a. gerente entrega cartazes de aleitamento materno para o ACS para a divulgação da semana na sua área adscrita; enf^a gerente fala sobre a preparação de um folder para o curso das gestantes, campanha do exame preventivo e do registro civil.

Na prática gerencial dos diretores das UBS, foram observadas várias atividades voltadas para a tomada de decisões, assim como instrumentos de comunicação e de informação direcionadas à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde e também foram mencionadas as dificuldades por falta de recursos materiais, infra-estrutura e medicamento. Dessa forma, entre as atividades gerenciais direcionadas para as decisões, destacamos:

- Reuniões de trabalho: enf^a gerente coordena reunião no hospital com as outras enfermeiras e vacinadoras sobre a descentralização dos exames das DST/AIDS e das vacinas de rotina; - enfermeiras gerentes participam da reunião no hospital com as outras enfermeiras e vacinadoras sobre a descentralização dos exames das DST/AIDS e das vacinas de rotina; - enf^a gerente faz reunião com os ACS sobre diversos assuntos, a saber: a ausência das mulheres para fazer o exame preventivo, a campanha da dengue, o planejamento familiar a produtividade de cada agente, discutindo os problemas de cada área;

Participando e refletindo sobre essas reuniões, nós nos perguntamos: são indicativos, cenários, ou arranjos que facilitam o exercício da democracia e das instituições ou a

participação na gestão? Constatamos que são espaços com potencialidade para a democracia, entretanto, não as consideramos como espaço de participação na gestão, uma vez que não se trata de gestão colegiada ou da construção de espaços coletivos que estimulem e facilitem a participação de outros agentes, que não apenas aqueles em função de direção, bem como dos agentes externos ao coletivo (CAMPOS, 2000, p. 14).

A nossa compreensão é que são espaços de trabalho direcionados para a discussão dos problemas rotineiros da organização dos serviços e que se caracterizam muito mais para o domínio da racionalidade gerencial hegemônica, centralizada por princípios burocráticos onde o gestor ou gerente representa o eixo da decisão .

Atividades gerenciais direcionadas ao funcionamento da UBS: enfª gerente decide dispensar a ACS que viera ajudar na UBS e fica só, pois a outra aux. de enfermagem estava de folga; enfª gerente decide marcar as consultas só pela manhã para os turnos matutino e vespertino; gerente avisa a aux. de enfermagem para vir na segunda-feira pela manhã para a marcação de consultas; gerente manda o vigia ir ao Centro de Saúde X ou no outro Y para pedir gases emprestadas; gerente avisa para a aux de enfermagem da sala de marcação de consultas que já completou as 30 consultas do Dr. Fulano; gerente decide que as consultas para a enfermeira do PSF serão marcadas no setor de marcação de consultas; gerente diz que a medicação do PSF é diferente da medicação do posto, mas quando chega, fica tudo na sala da enfermeira, pois ela diz não ter tempo de orientar a população como tomar.

➤ Voltadas ao trabalho de equipe: enfª gerente fala com os ACS sobre a reclamação do responsável pelos exames da malária, sobre a coleta da lâmina e, após ouvir os argumentos dos agentes decide: eu vou resolver com ele; enfª gerente, após palestra com grupo de diabetes, decide mandar os ACS visitar outro ACS que está doente.

De um modo geral, as atividades voltadas para a tomada de decisões se configuram como ações administrativas centradas na pessoa do gerente, em que as relações de poder são

mais centralizadas, caminhando muito mais para um estilo de gerência tradicional, isto é, uma racionalidade gerencial hegemônica que produz um isolamento e dificulta a construção de espaços onde ocorram desenvolvimento da personalidade humana, ou seja, (um lugar onde se produziria aprendendo e, também, ao mesmo tempo se reconstruiria a própria subjetividade (CAMPOS, 2000, p.145).

➤ Instrumentos de divulgação de ações de promoção da saúde e prevenção das doenças: cartazes fixados na recepção sobre a dengue, aleitamento materno, DST/ AIDS, Sífilis, verminoses, relações interpessoais, prevenção da cárie dentária, recomendações sobre o período de visita ao dentista e aplicação de flúor e avisos sobre a certidão de nascimento; - folderes sobre dengue e hanseníase; cartilhas sobre medicamentos genéricos; - manuais sobre malária, e do vacinador; - revista saúde da família.

Esses cartazes estão fixados na sala de recepção das UBS, e grande maioria deles, são iniciativas do Governo Federal ficando muito mais no campo da visualização do que numa relação de identificação das necessidades do usuário leitor. Diferentemente das orientações sobre a saúde bucal, observamos que a dentista se utiliza dessas informações no dia-a-dia do seu trabalho para fazer as palestras educativas realizadas para os usuários na ante-sala do consultório odontológico.

➤ Instrumentos de comunicação e informação: - avisos existentes, fixados em vários setores das UBS como sala de marcação de consultas, recepção, sala de curativo, etc, sobre cuidado com o uso da medicação, ministração de medicação injetável, relação dos ACS do município, entrega da medicação através da receita médica, sobre os dias das vacinas, cronogramas afixados nas salas de espera, estabelecendo os dias das consultas médicas, de enfermagem, e das atividades realizadas na unidade, dias da marcação dos exames preventivos, dias de entrega dos preservativos e dos anticoncepcionais, horário de funcionamento da secretaria de saúde, horário de recolhimento do livro de ponto, aviso sobre

o desconto das faltas no contra cheque, limpeza da unidade, relação nominal das clínicas, laboratórios conveniados e exames realizados, horário e dias de funcionamento da Unidade, aviso aos funcionários sobre ausência nos setores, escala dos médicos e o número de consultas para cada um, escala dos funcionários de serviços gerais, aviso sobre como preencher a ficha geral, lista dos pacientes com as consultas marcadas para a médica do PSF pelos ACS; - livros existentes: registro de entrega de medicação do PSF, controle dos pacientes portadores de hanseníase, cadastro dos paciente com hipertensão, diabetes, tuberculose, livro de protocolo, citologia oncológica, entrega de medicamentos da farmácia básica, registro das atividade em grupo, planejamento familiar, cadastro das gestantes do pré-natal, das visitas domiciliares, ponto dos funcionários, entrega dos exames preventivos, controle de exames: rubéola, HIV, toxoplasmose hepatite, registro das palestras educativas, caderno com a relação dos exames preventivos, realizados na unidade, atendimento diário da enfermeira, das reuniões com a comunidade e equipe do PSF, atendimento dos pacientes da zona rural e outras áreas não cobertas pelo PSF, livro de registro de óbitos dos pacientes hipertensos, diabéticos, hanseníase, tuberculose, vacinação e acompanhamento dos pacientes com DST /AIDS; - pastas organizadas contendo impressos: fichas da mulher, hiperdia, notificação compulsória, declaração de óbitos, estatística mensal dos exames, fichas dos ACS, fichas de diabetes, hipertensos, citologia oncológica, ficha geral, mapa diário de atendimento das consultas médicas, cartões de aprazamento mensal.

Consideramos que esses instrumentos são importantes, tendo em vista que possibilitam, de certa forma a identificação dos serviços prestados, isso a depender do grau de escolaridade da demanda e são indicativos de algumas normas de funcionamento das unidades básicas de saúde.

Pela quantidade de livros existentes, observamos que se trata de um grande arsenal burocrático que serve muito mais para o controle interno das unidades, tendo em vista que não

há um tratamento dessas informações para subsidiar, por exemplo, um planejamento participativo, ou seja, trata-se de registro muito rudimentar bem centrado na lógica de quantificar os procedimentos.

Observamos também que esse registro demanda bastante tempo dos trabalhadores de saúde, em função de uma tecnologia dura, ou seja, do trabalho morto, que é uma característica bem própria da gerência tradicional.

➤ Arquivamento dos prontuários: na UBS A1, os prontuários estão arquivados, mas se encontram fora de ordem, pois uma senhora veio marcar uma consulta e a aux. não encontra o prontuário e ela resolve ir embora e deixar o nome para a auxiliar de enfermagem procurar e, depois, marcar a consulta. Nessa mesma unidade, os prontuários dos pacientes com hanseníase são separados dos demais, organizados e arquivados no consultório médico. Para essa forma de arquivamento, não existe uma explicação, porém o que percebemos é que a médica do PSF tem especialidade em dermatologia, inclusive é a referência para o município e também é uma área prioritária do profissional devido à sua experiência de trabalho na Fundação Nacional de Saúde e ela faz questão de fazer um acompanhamento mais direto aos pacientes portadores de hanseníase. Na UBS A2, os prontuários são organizados em fichários e arquivados por ordem alfabética, por povoado e conforme a área adscrita de cada ACS, mas agora a enfermeira gerente está convocando os ACS para organizarem somente por ordem alfabética e geral. Os prontuários dos pacientes portadores de tuberculose, hanseníase e das gestantes são separados dos demais e arquivados em envelopes ou pastas na sala da enfermeira. Perguntamos para a gerente por que a separação desses prontuários e ela nos explicou que no caso dos pacientes portadores de tuberculose e de hanseníase, é para facilitar a localização na hora da dispensação e controle da medicação e, no caso das gestantes, é para o acompanhamento da enfermeira. Na UBS A3, os prontuários são organizados em fichários e arquivados por ordem alfabética, sendo que os dos pacientes hipertensos, diabéticos,

portadores de tuberculose, de hanseníase e gestantes são arquivados separados dos demais da Unidade, são arquivados na sala de marcação de consultas. Na UBS B1, os prontuários são organizados em fichários e arquivados por ordem alfabética na sala de marcação de consultas e os prontuários dos pacientes portadores de tuberculose e de hanseníase são arquivados na sala das enfermeiras do PSF para efeito de localização e de acompanhamento das enfermeiras, pois nessa unidade há três equipes de Saúde da Família. Na UBS B2, os prontuários são organizados em fichários e arquivados por ordem alfabética na sala de marcação de consultas, sendo que os prontuários dos pacientes cadastrados no PSF são separados dos outros da Unidade em outro fichário. A gerente informa que essa separação fica melhor para procurar, quando os ACS e a clientela vêm marcar consulta na unidade. Na UBS B3, os prontuários são organizados em fichários e arquivados por ordem alfabética em dois fichários distintos, sendo um para o PSF e outro para a Unidade. Na UBS B4, os prontuários são organizados em fichários e arquivados por ordem alfabética na sala de marcação de consultas, já os prontuários das gestantes cadastradas no PSF e SIS PRÉ-NATAL são arquivados em uma caixa de papelão que fica sobre o arquivo e são separados dos demais da Unidade.

A organização e o arquivamento dos prontuários das UBS observadas deixam muito a desejar em função da precariedade, por falta de equipamento, manuseio, forma de arquivamento. Isso se agrava muito mais, quando comparamos com o avanço da tecnologia em relação a era da informatização.

Associado ao que acabamos de expor, observamos o desperdício de tempo tanto para o usuário como para o trabalhador por falta de uma organização adequada. Nesse sentido, destacamos que em um dos momentos da nossa observação direta no campo, assistimos a auxiliar do setor destruir uma ficha geral devido a sua duplicidade, como também a elaboração de prontuários por ocasião da consulta por não encontrar no arquivo. Tudo isso é problemático, pois caracteriza como se o paciente estivesse vindo pela primeira vez à unidade.

Esse fato nos chamou muito a atenção, porque sabemos da importância do prontuário para o paciente, nele está contido a sua história clínica, seu valor ético e também o acompanhamento da conduta terapêutica, conduzida pelo profissional de saúde.

Também não compreendemos a separação dos prontuários dos pacientes dos programas como: tuberculose, hanseníase, diabetes, hipertensão e muito menos dos paciente cadastrados no Programa Saúde da Família, mesmo que a justificativa de que em nenhuma UBS há uma cobertura populacional de 100%. Chegamos a perguntar o motivo dessa separação várias vezes e as explicações não nos convenceram porque se pautaram em fundamentações de decisões individuais.

Embora a lógica da organização, isto é, do arquivamento seja por ordem alfabética, há uma grande “desorganização” sendo em alguns lugares maior do que em outros, o que também está associado à falta de condições materiais, como por exemplo, fichários, etc. Porém, nos pareceu que ainda prevalece fortemente a lógica dos programas cujo reflexo está bastante evidenciado nessa descrição. Isso para nós tem uma representação quando associamos aos princípios do SUS e, sobretudo, as tentativas do Ministério da Saúde com a proposta do prontuário família e também com relação aos princípios do PSF.

Destacamos ainda, que nas observações sistemáticas diretas no campo foram enumeradas uma grande variedade de dificuldade por falta de recursos materiais tais como: falta de seringas, gases, condução para realizar as visitas domiciliárias, falta de material e instrumental odontológico para restauração e extração, etc.; recursos de infra-estrutura como falta de água na UBS, espaço físico para atendimento das enfermeiras e realização dos exames preventivos; falta de medicamentos, principalmente, para os pacientes com hipertensão e diabetes e o próprio Kit de medicamentos do PSF para as famílias cadastradas no programa e falta de recursos humanos, devido à rotatividade do profissional médico e ao número

incompleto de equipes de saúde da família no município e também a carga horária desse profissional para atender a demanda, necessária para o funcionamento dos serviços de saúde.

Olhando para essas dificuldades ou limitações, percebemos a dimensão que elas ocupam no trabalho cotidiano dos gerentes e o empenho despendido por eles para a resolução dos problemas, canalizando assim a maior parte de sua atenção.

De um modo geral, sabemos que a infra-estrutura, o suprimento de material de consumo, equipamentos e medicamentos, etc., são instrumentos de trabalho importantes, pois segundo Fortuna (1999), a planta física da unidade de saúde revela as finalidades que vão se conformando e que vão conformar a rede de relações presentes no trabalho em saúde, assim como a estrutura organizativa parece também influir no processo de trabalho de toda a equipe.

Entretanto, é importante destacar que, na verdade, essas limitações não significam somente ausência de instrumentos de trabalho, mas potencializam de tal forma para os gerentes, denotando inclusive um certo peso gerencial expresso nessas falas:

“ [...] gerente olha para algumas pessoas na porta da sala de curativo e diz: fico com vergonha e nos perguntamos: De quê? Ela responde: tomar benzetacil e não ter agulha e continua a falar: quando falta material dois dias, até vai, mas depois disso, eu acho que vou é me esconder, porque fico com vergonha.” (Fala resultante da observação de campo da gerente B1).

Ainda com relação às limitações, a gerente continua a falar:

[...] estou para ficar louca porque está faltando tudo, final de ano é assim” (Fala resultante da observação de campo da gerente B1).
“[...] Eu vou levar o pedido de material na secretaria de saúde, pois quase todo dia eu vou lá, na secretaria falar com dona fulana (nome da coordenadora)” (Fala resultante da observação de campo da gerente B1)

Nas falas da gerente, transparece a angústia de desenvolver um trabalho de extrema responsabilidade, de forma solitária, cujas exigências são muito grandes, árduas e geradoras de um sentimento de extrema impotência. Aqui a lógica da carência se explicita claramente onde a inadequação da planta física, somada à falta de pessoal e material parecem indicar que a Saúde da Família não é valorizada pelo poder público municipal como uma estratégia para mudança, mas como um serviço de baixo custo, com a finalidade de se processar a assistência

à saúde em locais onde há ausência de equipamentos de saúde instalados. Essa visão é corroborada por Mendes (2002) e Mishima (2003).

Algumas atividades da organização do processo de trabalho, infra-estrutura e planejamento de serviços são específicas da enfermagem, porém a grande maioria delas principalmente, as gerais, a saber: a organização do fluxo, voltada para a divulgação e a informação, relações com as instituições, usuários, equipe do PSF e UBS, e as atividades voltadas para a produtividade configuram-se mais no campo da atuação de qualquer profissional que ocupe o cargo de gerente, inclusive a enfermeira.

ATIVIDADES EDUCATIVAS VOLTADAS PARA A SAÚDE COLETIVA

No Quadro 10, são apresentadas as atividades, segundo a classificação, a frequência e a categoria profissional de quem as executa.

Quadro 10 – Atividades educativas voltadas à saúde coletiva realizadas pelos gerentes nas Unidades Básicas de Saúde, segundo a classificação, a frequência e a categoria profissional -Maranhão; 2003

3. Atividades educativas voltadas à saúde coletiva	Frequência / Categorias																			
	Muito					Regular					Pouco					Não Faz				
	Enf	ACS	Aux Adm	Tec Cont	Aux Enf	Enf	ACS	Tec Cont	Aux Enf	Aux Adm	Enf	ACS	Tec Cont	Aux Enf	Aux Adm	Enf	ACS	Tec Cont	Aux Enf.	Aux Adm
Preencher de fichas de Vigilância Epidemiológica	xxx						x							x				x		x
Fazer orientações relativas ao puerpério	xx					x											x	x	x	x
Realizar palestras sobre prevenção de doenças para grupos da comunidade	xxx																x	x	x	x
Realizar visita domiciliar	xxx											x		x	x			x		
Participar de eventos de saúde como: seminários, conferencia e outros						xx		x			x	x		x	x					
Planejar atividades junto à comunidade						xx					x	x						x	x	x
Executar atividades junto à comunidade	x										xx	x						x	x	x
Elaborar programação para a comunidade						xx										x	x	x	x	x
Participar de reunião com o Conselho Municipal de Saúde e outros								x				x		x		xxx				x

*Legenda: O x representa a resposta individual de cada categoria profissional

Categorias profissionais: Enfermeira-03

Auxiliar de enfermagem-01

Auxiliar administrativo-01

Técnico de contabilidade -01

Agente comunitário de saúde-01

Das atividades educativas voltadas para a saúde coletiva desenvolvidas pelos gerentes, é importante caracterizar que para as gerentes enfermeiras não existe uma diferença específica para a execução dessas atividades, tendo em vista que das 9 (nove) atividades agrupadas nessa categoria, as enfermeiras fazem praticamente todas, com exceção da participação nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde. Entretanto, observamos algumas especificidades, por exemplo, elaborar a programação para a comunidade, duas enfermeiras realizam essa atividade, porém uma não a faz, mesmo sendo profissionais que têm o mesmo núcleo de competência.

Para esses gerentes, existem três atividades: o preenchimento de fichas de vigilância epidemiológica, a realização de visitas domiciliárias, de palestras sobre a promoção da saúde, e a prevenção de doenças para grupos da comunidade, que são realizadas pelas enfermeiras com a mesma intensidade, isto é, com muita frequência.

No que se refere aos outros gerentes de nível médio, observamos que cinco atividades desse grupo não são desenvolvidas por nenhum deles, como: orientações ao puerpério, visitas domiciliárias, programação para a comunidade, palestras sobre promoção da saúde e prevenção das doenças, ou seja, atividades que requerem um conhecimento científico, isto é, exigem um núcleo de competência do profissional, devendo ser desenvolvidas pela enfermeira e nesse caso, específico, pelas enfermeiras da equipe de saúde da família.

Observamos também que, dentre esses profissionais (técnico de contabilidade, ACS, auxiliar de enfermagem e o auxiliar administrativo), existem um direcionamento e uma convergência em relação à execução dessas atividades em torno dos profissionais de saúde (auxiliar de enfermagem e ACS). Exemplificando temos o preenchimento da ficha de vigilância epidemiológica, que é realizada somente pelos profissionais acima referidos, com uma frequência que varia entre regular e pouca. Ainda nessa mesma linha de raciocínio,

temos a vista domiciliária que é executada pelos gerentes ACS e pelo auxiliar de enfermagem com a mesma intensidade.

Contudo, é importante ressaltar algumas especificidades existentes nesse grupo de gerentes, tais como: planejar e executar atividades junto à comunidade que são desenvolvidas pelo ACS e não pelo auxiliar de enfermagem, assim como a participação em seminários de saúde e no Conselho Municipal de Saúde, que o técnico de contabilidade participa, enquanto que o auxiliar administrativo não participa.

Nessa classificação das atividades educativas voltadas para a saúde coletiva, observamos que somente a atividade, a participação nas reuniões e as conferências de saúde são comuns a todos os gerentes, independentemente da categoria profissional (enfermeiras, técnico de contabilidade, ACS, auxiliar de enfermagem e o auxiliar administrativo), variando apenas a frequência.

Assim, destacamos que, nesse grupo de atividades, os gerentes (enfermeiras) proporcionalmente executam um maior número de atividades quando comparados aos gerentes de nível médio, o que nos parece coerente, tendo em vista a formação, ou seja, o conhecimento em saúde pública dessa categoria e também o mesmo núcleo de competência.

Cabe mencionar que, nessa classificação, as atividades observadas também estão presentes, porém, ressaltamos aquelas que foram desenvolvidas na área adscrita, externas à UBS, como: palestras educativas sobre parto, planejamento familiar para grupos de mulheres e de homens, aleitamento materno, saúde da criança e cuidados com higiene corporal para grupos de gestantes e de puérperas, orientações para grupos específicos (diabetes e hipertensos), prevenção de câncer de mama e de útero para grupos de mulheres realizadas nos equipamentos sociais

(escolas e igrejas) e as visitas domiciliárias realizadas pelas enfermeiras gerentes nas microáreas.

ATIVIDADES PRÓPRIAS DA ENFERMAGEM VOLTADAS A INDIVÍDUOS OU GRUPOS ESPECÍFICOS

No Quadro 11, são apresentadas as atividades, segundo a classificação, a frequência e a categoria profissional de quem as executa.

Quadro 11 – Atividades próprias da enfermagem voltadas a indivíduos ou grupos específicos realizadas pelos gerentes nas Unidades Básicas de Saúde, segundo a classificação, a frequência e a categoria profissional, Maranhão, 2003

4. Atividades próprias da enf. voltadas a indivíduos ou grupos específicos	Frequência / Categorias																			
	Muito					Regular					Pouco					Não Faz				
	Enf	ACS	Aux. Adm	Tec Cont	Aux Enf	Enf	ACS	Tec Cont	Aux Enf	Aux. Adm	Enf	ACS	Tec Cont	Aux Enf	Aux. Adm	Enf	ACS	Tec Cont	Aux Enf	Aux Adm
Fazer colear de citologia oncológica	xxx																x	x	x	x
Atender grupo de hipertensos	xxx																x	x	x	x
Atender grupo diabéticos	xxx																x	x	x	x
Atender grupo de aleitamento materno	x					xx											x	x	x	x
Fazer Consultas de enfermagem à mulher	xxx																x	x	x	x
Fazer consultas de enfermagem à gestante	xxx																x	x	x	x
Identificar, analisar, propor soluções para os programas de saúde de enfermagem	x		x			xx		x	x			x								
Fazer prescrição de medicamentos padronizados	xxx																x	x	x	x
Anotar os procedimentos realizados na ficha do paciente	xxx													x			x	x		x
Elaborar e implantar normas/rotinas e técnicas de enfermagem						x					xx			x			x	x		x
Fazer Consultas de enfermagem à criança	x					x					x						x	x	x	x

*Legenda: O x representa a resposta individual de cada categoria profissional

Categorias profissionais: Enfermeira-03

Agente comunitário de saúde-01

Auxiliar de enfermagem-01

Auxiliar administrativo-01

Técnico de contabilidade -01

As atividades próprias da enfermagem, voltadas a indivíduos ou grupos específicos, são de fato do núcleo de competência da enfermeira, por isso o resultado em função da execução ou não das mesmas, não poderia ser diferente, pois a nosso ver, constituiu o eixo de separação entre a categoria de gerentes profissionais com nível superior e com nível médio.

É importante ressaltar que das onze atividades agrupadas nessa categorização, sete delas, como: coleta de citologia oncótica, atendimento a grupos de hipertensos, diabéticos, consulta de enfermagem a mulher, pré-natal, prescrição de medicamentos padronizados e registro dos procedimentos realizados na ficha do paciente, são feitas pelas enfermeiras com muita frequência, isto é, com a mesma intensidade entre todas elas. Esses aspectos da intensidade e de quantidade numérica apontam para um denominador comum entre esse grupo de gerentes, pois todas são enfermeiras do Programa Saúde da Família.

Das atividades especificadas nessa classificação, resultantes do inventário das ações (TEIXEIRA, 2002), destacamos apenas uma denominada: identificar, analisar, e propor soluções para os programas de enfermagem. Trata-se de uma atividade executada por todos os gerentes, quer sejam enfermeiras, técnico de contabilidade, auxiliar enfermagem ACS, e auxiliar administrativo, variando apenas a intensidade, por exemplo, há uma enfermeira que a faz com muita frequência e duas realizam com pouca frequência. Já o auxiliar administrativo desenvolve essa atividade com muita frequência, o ACS faz pouco, enquanto os gerentes auxiliar de enfermagem e técnico de contabilidade as executam com uma frequência regular.

Cabe ressaltar que a convergência em torno da execução dessa atividade nos possibilita uma reflexão e nos permite dizer, que mesmo sendo uma atividade do grupo das atividades próprias da enfermagem, está mais direcionada ao campo da gerência do que ao núcleo de competência.

Com relação aos gerentes de nível médio, observamos apenas uma especificidade com relação às atividades: anotar os procedimentos realizados na ficha do paciente e implantar

normas / rotinas e técnicas de enfermagem, tendo em vista que a gerente auxiliar de enfermagem informou a sua execução, embora com pouca frequência, enquanto que as outras gerentes de nível médio não realizam essa atividade e isso difere um pouco da linha de raciocínio centrado no núcleo de competência da enfermeira.

Sendo assim, olhando para a configuração e para a classificação das atividades realizadas pelos gerentes, tanto as do Inventário das Ações quanto as da observação de campo, constatamos que podemos aplicar os conceitos de Núcleo e Campo²¹.

Entendemos que núcleo é o conjunto de saberes e práticas e de responsabilidades específicas a cada profissão ou especialidade, o qual marcaria a diferença entre cada profissional, ou seja, os elementos de singularidade que definissem a identidade de cada profissional, conhecimentos e ações de exclusiva competência de cada profissão ou especialidade.

Podemos definir campo como: saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a várias profissões ou especialidades com noções genéricas sobre política, processo saúde-doença, organização de modelos e processos de trabalho em saúde (CAMPOS, 1997, p. 248-249).

Tomando-se o conjunto das atividades desenvolvidas pelos gerentes e comparando-se com as categorias profissionais de enfermeiras e os demais de nível médio, poder-se-ia dizer que, nas atividades complementares ao trabalho de outros profissionais, nas atividades específicas, voltadas para a saúde coletiva e nas atividades próprias da enfermagem, fica bastante evidenciado o núcleo, no qual está explicitado a identidade de cada profissional, enquanto que as atividades da organização do processo de trabalho, infra-estrutura e planejamento de serviços (ações administrativas) se caracterizam como campo de

²¹ CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipe de saúde. In: MERHY, E.E; ONOCKO, R.(orgs). Praxis em salud: um desafio para lo publico. São Paulo; Hucitec, 1997, cap. 7, p. 229-266.

competência e de responsabilidade para os profissionais que ocupam a função de gestores e ou de gerentes, sem especificar a categoria profissional.

Sendo assim, independentemente da categoria profissional, o gerente de uma UBS tem como atividade precípua a organização da produção de bens e serviços de saúde ao indivíduo e à coletividade.

Olhando a profissional enfermeira, constata-se que ela de certa forma, vem gerenciando as unidades básicas de saúde, pois o estudo de Passos (2004) destaca o desempenho da prática gerencial na rede básica de saúde do Estado do Rio de Janeiro, visto que a Coordenação da Saúde da Área de Planejamento 5.3 é exercida por enfermeiras, assim como por seus assistentes. Das 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS) existentes na AP 5.3, sete são gerenciadas pela profissional enfermeira; em algumas delas a Coordenação de Programas também é realizada por enfermeiras. Esse panorama de inúmeras funções administrativas e gerenciais desempenhadas pela profissional enfermeira não é uma prerrogativa dessa Área de Planejamento 5.3, ou seja, a autora encontrou o mesmo quadro em outras áreas, tanto em âmbito regional como local.

Com relação à prática gerencial das Unidades Básicas de Saúde da Família, observamos que na grande maioria é a enfermeira da equipe de saúde da família que vem assumindo essa atividade gerencial, haja vista que nas publicações mais recentes do Ministério da Saúde é explicitamente colocada a função gerencial para a profissional enfermeira, cabendo a mesma executar as seguintes tarefas: planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a Unidade de Saúde da Família (BRASIL, 2001a, p.76) legitimando, assim, uma função que já vinha sendo desempenhada por ela.

Corroborando nessa linha, destacamos o estudo de Teixeira (2002) realizado em 14 municípios da Divisão Regional de Saúde XVIII que corresponde a uma divisão administrativa do estado de São Paulo para a área de saúde, ele mostra que as enfermeiras do

PSF vêm assumindo o papel de coordenadoras, administrando e gerenciando o trabalho da unidade de saúde da família e dos membros da equipe, olhando não só para o trabalho dos auxiliares de enfermagem e dos ACS, mas tendo que ampliar o olhar para toda a equipe. Esse resultado nos parece ser uma realidade no âmbito das Unidades Básicas de Saúde, tendo em vista que se assemelha com o observado no cotidiano dos gerentes da grande maioria dos municípios do Estado do Maranhão.

Dessa forma, quando olhamos para a profissional enfermeira, gerente das UBS, que nesse caso é da equipe de saúde da família, observamos que a mesma vem assumindo uma dupla dimensão do trabalho em saúde: gerencial e assistencial.

Quanto à articulação das dimensões assistencial e gerencial, a maioria das enfermeiras, enfatiza uma sobrecarga de ações administrativas, afirmando que elas ficam diante da difícil ou impossível empreitada de buscar uma articulação entre a assistência e o desenvolvimento de ações de caráter administrativo, conforme verificado nas entrevistas que se seguem:

“[...] Eu vejo assim, que são quatro dias, né? Que nós trabalhamos aqui na unidade. E às vezes esse quatro dias se tornam insuficientes, por quê? Porque nos quatro dias que eu fico na unidade, eu fico aqui pra fazer as consultas de enfermagem, consulta que é um dia pra cada tipo. Na quarta-feira tem o que: a consulta à gestante, atende também hipertenso, diabético. Na quinta-feira é o dia que nós vamos pras micro-áreas. Então, de manhã a gente sai, né? Toda equipe pra fazer as consultas em cada área determinada e à tarde as visitas domiciliares, na quinta-feira. Na sexta-feira, tem o preventivo, né? Coleta do material citológico é o dia todo. E no sábado, tem o planejamento familiar de tarde e de manhã e à tarde também atendo planejamento = às vezes uma palestra, né? Alguma coisa que vai aparecendo. Então pra questão do gerenciamento da administração sobra pouco tempo, porque a enfermeira só uma na unidade. Então às vezes eu tenho que tirar do meu dia de folga do serviço pra mim poder vim pra dar conta do serviço, ou então ficar até mais tarde. Ou entre consulta e outra eu não tenho descanso, não tenho folga. Eu vou já adiantando algum prontuário, ajeitando, repondo medicação na prateleira, no estoque, contando medicação e sempre serviço não falta, nenhum minuto. Às vezes eu digo se fosse sete dias da semana de serviços ainda não daria porque é muita coisa” Enfermeira Gerente A2.

“[...] Pra mim isso é muito difícil (risos). Porque eu não sou só do PSF. Eu sou PSF e hospital. Por conta disso eu trabalho em dois... são dois serviços muitos distintos. E eu faço as duas coisas nos dois, tanto assistencial como administrativa. Então por muitas vezes, me dá vontade assim, de largar um e ficar só em um mesmo, né? Principalmente da parte da saúde pública, porque às vezes falta tempo, muitas vezes o enfermeira é sobrecarregado na equipe. Porque a equipe sempre acha que porque ele coordena, ele leva a carga maior. Então ele coordena; ele que supre; ele tem que planejar se tem problema, ele que tem que resolver. Então eu acho que aí o enfermeira é muito sobrecarregado nesse sentido, né? Alguns médicos não fazem, às vezes não se envolvem, né? Em palestras, em caso... = graças a Deus

que a médica que eu trabalho ela tem esse espírito mesmo de, de saúde pública. Mais, eu acho que na maioria dos PSFs que eu tenho observado que as enfermeiras ainda têm essa carga muito grande, porque não fica só na administrativa, como também na assistencial e os extras (risos) que ele ainda ganha. Então pra mim particularmente é mais difícil porque eu tenho que dividir meu tempo entre esses dois trabalhos. Então realmente é muito difícil.[...] Eu acho que a minha maior dificuldade é o tempo e por muitas vezes a falta de recursos. A falta de recursos eu acho que é um ponto fundamental. Mais o tempo também é um ponto marcante, porque às vezes eu chego aqui só tem tempo pra consultar, né? Tem muita gente e eu tenho que fazer o atendimento e às vezes fica difícil coordenar essa parte administrativa. Essa parte de produtividade, de informações de relatórios eu levo pra casa pra fazer à noite porque não dá tempo de fazer quando eu tô no posto, né? Por conta das outras atividades que a gente desenvolve. Então acho que meus maiores inimigos são esses. (risos)'' Enfermeira (Gerente A2).

O conflito e a necessidade de articulação entre o administrar e o cuidar emergem no PSF, tornando-se talvez mais perceptível quando a enfermeira é colocada diante do desenvolvimento de outras ações, que ela não vinha desenvolvendo de forma mais sistematizada (ações educativas, consultas, promoção de saúde).

Dessa forma, a gerência parece se conformar numa frente de atuação para a enfermeira da Saúde da Família, e elas assumem-na nas suas distintas dimensões²², mesmo que esse processo não se dê de forma clara e explicitamente conhecida para as enfermeiras (TEIXEIRA, 2002).

Assim, nesse momento trazemos algumas falas e ações que sinalizam o cuidar dos gerentes com os usuários:

“[...] gerente saiu do consultório e percebeu que as gestantes estavam em pé e foi buscar um banco junto com a auxiliar de enfermagem para acomodá-las” (Ação resultante da observação de campo da enfermeira gerente A2).

“[...] gerente conversou com a gestante que faltava atender porque o carro chegou para buscá-la²³ mas antes ela perguntou para a gestante: você pode ficar no povoado até à tarde? E a gestante respondeu que sim. (Enfermeira Gerente A2).

“[...] Enfermeira gerente foi atender uma gestante que veio de longe, apesar de não ser o dia agendado pelo ACS, tendo em vista que cada agente faz um cronograma de atendimento das gestantes de suas áreas adscritas para serem atendidas na UBS” (Enfermeira Gerente A2).

²² Conforme já trazido, anteriormente, Mishima (1995) destaca que as dimensões técnicas – podem- traduzir-se nas funções administrativas: planejamento, coordenação, supervisão, controle e avaliação; política -articula o trabalho gerencial ao projeto que se tem a empreender; comunicativa- diz respeito ao caráter de negociação presentes nas relações de trabalho da equipe, da unidade com a comunidade e no desenvolvimento da cidadania na perspectiva da emancipação dos sujeitos no processo de trabalho. Essas dimensões são inerentes ao trabalho gerencial, tendo em vista a especificidade do trabalho em saúde.

²³ Essa gerente trabalha na UBS, localizada no povoado e às 12:40 m o carro da secretaria de saúde vem buscá-la porque ela reside na sede do município.

“[...] Enfermeira gerente fazendo uma palestra na escola numa visita à icroàrea se dirigiu para uma mãe que estava com uma criança desnutrida e chamou a ACS e perguntou: ela está fazendo a multi-mistura? Está ganhando peso? E a mãe e a ACS responderam que sim” (Falas resultante da observação de campo da Enfermeira Gerente A2).

“[...] a gerente está marcando consultas e chega uma senhora e fala: Eu quero um atestado médico. A gerente fala: a senhora deve ir lá na unidade de saúde X (nome da UBS) mas depois diz: espere, eu vou lhe levar na sala do médico auditor”(gerente B2).

As práticas dessas gerentes trazem explicitamente essa perspectiva de mudar o jeito de atender e de se relacionar com o trabalho esperado na Saúde da Família, ou seja, o estabelecimento do vínculo com os usuários que representa uma ferramenta importante para a produção do cuidado.

Matumoto (1998, p.103) diz que “ a proximidade com as famílias e aqui acrescentamos a relação com os usuários (grifo nosso) vai possibilitando estabelecer brechas no trabalho para a criação de uma relação diferente daquela presente nos serviços de saúde: fugaz, despersonalizada, centrada no recorte específico da queixa, da doença.

As observações sistemáticas diretas realizadas dentro das UBS e na sua área adscrita, isto é, no acompanhamento do trabalho cotidiano dos gerentes, foram de suma importância, tendo em vista que nos possibilitou captar o “ como se dão as relações “ que são constitutivas do trabalho e, nesse caso, do trabalho em saúde cujo reconhecimento da existência de conflitos e de dificuldades são possibilidades de se constituir o novo, porque põem em evidência as diferenças e as desigualdades dos trabalhadores de saúde que conduzem a gerência dos serviços.

“[...] dona fulana²⁴ (nome da usuária) o carro do PSF passa no sábado na hora que vier de X (nome do município) para apanhá-la para uma consulta na unidade porque a sua pressão está alta. E a senhora respondeu: Eu já combinei com dona sicrana (nome da vizinha) que vamos assistir à festa de São Francisco (padroeiro do povoado). A enfermeira gerente diz: não tem problema, pois a consulta na unidade é só pela manhã e depois da consulta a senhora e dona sicrana

²⁴ Essa senhora é deficiente visual e é uma paciente hipertensa e nessa visita domiciliária a equipe não foi completa, pois faltou o médico.

podem ir à festa, não se preocupe que o carro tem vaga para as duas. E a ACS fala: passe lá em casa junto com dona ciclana para tomar um café “ (Gerente A2 e ACS).

“[...] as vantagens do aleitamento materno para o bebê é porque ele fica mais sadio.....vocês podem pensar que eu estou falando assim porque aprendi, realmente aprendi, mas eu vivi essa experiência e garanto a vocês que é uma alegria por causa do carinho entre mãe e filho e a criança que mama não precisa de chupeta, mamadeira, e nem de água até seis meses.” (Fala da enfermeira gerente A2 com um grupo de mulheres).

A relação dos gerentes com os usuários, evidenciada nas falas, caracteriza o uso de tecnologias leves que possibilitam o trabalho vivo em ato. Isso parece que é um sinal de alternativas e brechas que se abre com O PSF, na prática gerencial, mesmo considerando a presença muito forte da gerência tradicional taylorista.

Esses depoimentos conduzem a pensar e a reforçar as afirmações de Merhy (1997, 2002), quando o autor faz a distinção de trabalho vivo e trabalho morto, já referido anteriormente, e afirma que o trabalho vivo se faz presente com uma certa sabedoria, em saber ser e operar a produção de determinados produtos típicos desse trabalhador, e o trabalho morto está vinculado ao modo de atuar, como um conjunto de situações que definem o universo tecnológico do trabalhador.

Na lida cotidiana da prática gerencial da Saúde da Família, observamos que acaba se convivendo com situações ou problemas expressos pelos usuários / equipes e que devem, portanto, serem considerados e administrados.

“[...] Eu faltei porque tive problemas com o meu pai e estava no interior e não deu tempo chegar. A gerente falou: você pegou falta e eu não posso abonar, porque se eu tivesse sido avisada, resolveria o problema, pois o setor ficou descoberto e eu tive problemas.....E a funcionária falou: eu não vim pedir para abonare a gerente respondeu: tudo bem e depois quando ela saiu se dirigindo para mim disse: essa é uma funcionria problema” (Gerente B2).

“[...] entra na sala da enfermeira gerente um paciente e ela fala em voz alta: eu não disse que não era para ninguém entrar aqui e o paciente responde: se acalme dona fulana (nome da enfermeira) e a auxiliar de enfermagem diz: eu entrei aqui na sala para pegar o remédio e ele entrou junto.....a enfermeira nos olha e diz: vê se posso! E olhando para a auxiliar de enfermagem diz: você precisa fazer o seu serviço..... o mal dela é que todo mundo monta em cima dela, pois se ele falar mais alto, ela o coloca na frente de todo mundo... e sai da sala, fecha a porta e entrega a chave e vai para a sala da coordenadora da vigilância sanitária para fazer a produtividade e a auxiliar começa a chorar a recepcionista da marcação de consultas fala: se ela trabalhasse comigo eu não aceitava porque se quer chamar atenção, tem lugar

certo, isso é questão de princípio..... uma vez eu disse isso para o meu chefe’’ (Gerente A1)

’’[...] um senhor chega à unidade com uma criança para marcar uma consulta e não tem mais vaga, porque já foram marcadas 25 consultas para o médico. O senhor se aborrece e fala alto: é caso de emergência e eu quero a consulta. A gerente ao nos ver fala: ele está fazendo a maior confusão, chega com uma criança com escabiose e diz ser emergência. Aqui é assim, chega sem marcar e quer a consulta de qualquer jeito’’ (Gerente B4).

A explicitação desses conflitos é importante porque nos leva a pensar que, se a prática gerencial da Saúde da Família estivesse pautada no método de Co-Gestão,²⁵ esses seriam matéria prima, uma vez que “o método pretende tornar explícito este dilaceramento porque isto implica em reconhecer, em qualquer contexto, as divergências de interesse entre os agentes de produção e o público. A solução para tal tipo de conflito não estaria em ignorá-lo ou no esmagamento puro e simples do segundo elemento da equação’’ (CAMPOS, 2000, p.128).

Sendo assim, segundo o autor tornar “este conflito explícito para melhor tratá-lo, para melhor inventar arranjos que lidem com esta polaridade de forma produtiva, este é o objetivo central do método, para organizar e gerir instituições’’ (CAMPOS, 2000, p.129)

Nessa perspectiva, ou seja, do Método da Co-Gestão ou da Gestão Compartilhada, a gerência é um instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde.

Desse modo, concordamos com Fracolli e Egry apud Passos (2004) quando dizem que o processo de trabalho de gerência em UBS, e acrescentamos na Saúde da Família, envolve um duplo movimento: de um lado, a execução de práticas gerenciais que tomam como seu campo de ação o território de formulação e de decisão política e, de outro lado, o território de práticas gerenciais que enfrentam o fabricar “bens” do trabalho em saúde. O que condiz com o ponto de vista de Merhy: o processo de trabalho de gerência em uma UBS torna-se o

²⁵ Ver CAMPOS, G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo, Hucitec, 2000. Abordaremos o Método de Co-Gestão ou Método da Roda mais adiante.

lugar de possíveis intervenções impactantes sobre a política e o modelo de atenção à saúde (MERHY, 1997).

3.2.2 A prática gerencial dos gestores e dos gerentes no cotidiano das secretarias de saúde e das unidades básicas de saúde

Esse item é o eixo central dos resultados, pois caracteriza os diferentes momentos do processo de trabalho dos gestores e dos gerentes do PSF, ou seja, evidencia as relações dialéticas entre o pensar e o agir, as relações de poder de complementaridade, interpessoais, formais e informais desses trabalhadores com equipe e com os usuários, enfocando centralmente a análise da gerência, enquanto um instrumento de mudança no processo de trabalho.

3.2.2.1 - A concepção dos agentes de trabalho / trabalhadores de saúde sobre o Programa Saúde da Família e sobre o modelo assistencial.

O Programa Saúde da Família ao longo de sua implantação e implementação nos estados da federação brasileira tem apresentado diferentes leituras e compreensões pelos diferentes atores sociais envolvidos no gerenciamento e na operacionalização do programa.

O Programa Saúde da Família vem se configurando como uma das principais estratégias de implementação da Atenção Primária levada a cabo pelo Ministério da Saúde, desde a década de 1990.

Verificamos nesse estudo principalmente, nos municípios que realizamos as entrevistas, as várias concepções que os gestores e os gerentes têm sobre o PSF e sobre o modelo assistencial.

- A concepção sobre o Programa Saúde da Família

No que se refere à concepção sobre o PSF, os gestores e os gerentes são unânimes em considerá-lo de grande importância para o município e destacam os seguintes itens: a atenção básica, o acesso à população e a prevenção das doenças.

“O PSF, ele é um programa que trabalha com a atenção básica, com a informação, ele é a saúde bem mais perto da população, que dá acesso à população... É que o PSF ele chega mais pra comunidade... mas, pra mim é o caminho certo pra melhoria da saúde pública no Brasil” (Gestor 04).

“Hoje em dia o PSF ele atua basicamente indo até a comunidade, favorecendo o tratamento de pessoas que não podem se deslocar até a unidade ou até mesmo o hospital... Atua diretamente com a comunidade favorecendo a atenção básica de saúde necessária a cada cidadão” (Gerente 02).

“É um programa que tem muita aceitação na comunidade, nós vamos até as pessoas... mas só o fato de ter a equipe de saúde disponível durante toda a semana, né? Porque o Posto fica aberto de segunda a sábado. E tem o médico e a enfermeira quatro dias na semana é de grande valor, principalmente para a população da zona rural.....Então o fato de ter a equipe aqui disponível até mesmo pra ir na casa da pessoa se ele não poder se locomover até o posto. Então é de grande valor pra comunidade. Eu vejo o PSF assim, veio mesmo pra revolucionar a saúde” (Gerente A2).

“O PSF é importante porque vai à casa das pessoas, faz visita domiciliar, dar palestra ao seu povo, que é da sua área... Então o médico indo conversar com o seu paciente, ele se sente seguro, ele passa a confiar... “O PSF é o pai da medicina.” (Gerente 01).

As concepções sobre informação e educação dos gestores e dos gerentes estão relacionadas às orientações sobre as questões de saúde nas quais o profissional exerce o seu papel tradicional do saber. Isso fica muito evidente na fala desse gestor:

“A saúde preventiva hoje ela é para mim, esse modelo assistencial, é o modelo que o Brasil realmente precisa é aquele que vai de casa em casa, conhece a condição da pessoa, sabe como ela vive, vou dar um exemplo: uma criança que vinha de 3 a 4 vezes com pneumonia, uma repetida da outra, então a gente gastava dinheiro com antibiótico.... E quando a criança voltava para casa deixava no chão úmido, então não tinha antibiótico que ia melhorar. E a partir do PSF, a gente conseguiu melhorar a informação, de como aquela criança tinha que ser conduzida, então isso que eu acho que é informação para mim, o PSF é muito importante desde o alicerce que é a informação para a nossa população” (Gestor 4).

Já a concepção de acesso à comunidade está associada diretamente à visita domiciliária e ao atendimento na zona rural freqüentemente relatados nas entrevistas realizadas com os gestores e gerentes municipais de saúde.

“ Em entrevista que a gente faz com a população e eles dizem: Minha senhora, quando pensei num senhor de 70 anos que eu tivesse um médico dentro da minha casa me consultando, pra mim isso é um sonho na realidade hoje é uma realidade. É que eles fazem as visitas, todas as equipes fazem, tem o seu dia de visita

domiciliária com médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, vão dentro das casas dos senhores, vão visitar, levar medicamentos... Mas para mim é o caminho certo para a Saúde Pública no Brasil” (Gestor 04).

“Hoje a gente ate ri da comunidade dizer assim, a dez anos atrás (isso é só para ilustrar) aqui não víamos medico, eu nunca tinha feito uma consulta, hoje em toda esquina que eu me viro eu bato a minha testa ou no médico ou no enfermeiro, então o que eles querem dizer com isso? Que toda semana ou pelo menos de 15 em 15 dias todas as comunidades tem uma visita da equipe, seja o médico, o enfermeiro, a equipe completa está passando, orientando adequadamente.” (Gestor 03).

Entretanto, na prática essa valorização e essa dimensão da visita domiciliária nos dois municípios pesquisados e observados não têm tanta visibilidade e prioridade quanto aparece na fala dos gestores.

“Conversando com as enfermeiras dos PSF, ela nos informa que as visitas domiciliárias são feitas nas segundas, terças e quartas-feiras, sendo um dia para cada equipe. Antes eram feitas em dois turnos mais agora ao invés de aumentar fez foi diminuir. O número de visitas, a média são 10 visitas fora as consultas nos domicílios, a equipe vai completa (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde - ACS) com exceção do dentista que chegou recentemente, porém a 6 meses não fazemos visitas por que não têm carro.” (fala resultante da observação de campo).

“Na UBS B4 a enfermeira nos informa que, a sua equipe faz visita domiciliária toda quarta-feira e quando há necessidade nós vamos à comunidade, antes ia toda a equipe, mais o médico adoeceu e faltou transporte” (fala resultante da observação de campo).

“Estávamos na UBS A4 e observamos que o médico se encontrava no consultório aguardando o carro para fazer a visita domiciliária, pois nesse dia ele vai atender somente à tarde. As 10h:30 mn o médico acompanhado pelo agente comunitário de saúde saiu para fazer as visitas. Perguntamos quantas ao agente quantas visitas iam fazer e ela nos respondeu: 3 ou 4 depende do tempo” (situação e fala resultante da observação de campo).

É interessante destacar o sentido que esse grupo dos gestores e dos gerentes municipais de saúde está dando ao PSF com relação à prevenção.

“O PSF em si é um programa muito bom... O atendimento é em lócus, ele trabalha em todas as áreas, ele trabalha a parte preventiva, ele trabalha a parte da proteção e até mesmo a parte curativa e faz um direcionamento das pessoas de acordo com a necessidade para o nível secundário e terciário ”(Gestor 03).

“[...] É um programa que a gente sabe que é pra prevenção das doençasAí com certeza, a gente vai conseguir atingir esse objetivo de prevenção de doenças” (Gerente B3).

“ O PSF, a sua linha de conduta, a sua visão, a sua linha de atividade é trabalhar a prevenção. O PSF se propõe a fazer uma medicina preventiva, certo?” (Gerente A3). “Então, o PSF como um todo, ele é um programa que na minha avaliação, é bem vindo ao município, devido tratar realmente de questões básicas de saúde e, principalmente ligado à prevenção” (Gestor 01).

Reforçando ainda o campo da prevenção, um gestor (secretário de saúde) e uma gerente (diretora da UBS) fazem uma relação do PSF com a lotação dos hospitais nos comentários seguintes:

“[...] O PSF tem um papel fundamental que é esvaziar os hospitais” (Gestor 01).

“ Eles resolveram implantar o PSF pra diminuir o fluxo de gente no hospital. Aí o PSF fazia já essa parte de educar e prevenir, a fim de não lotar o hospital” (Gerente B2).

Estão reunidos nestes depoimentos sobre a prevenção declarações que se aproximam da primeira corrente da Atenção Básica segundo Mendes - mais barato – a finalidade é não ir para o hospital tem uma relação com o baixo custo e com a racionalização.

A compreensão dos gestores sobre a atenção básica e a prevenção está associada à oferta de ações de saúde relacionadas aos programas de tuberculose, hanseníase, etc., previstos na NOAS 2002 (BRASIL, 2002a) que representam muito mais extensão de cobertura, entretanto é consensual entre eles que essa oferta só foi possível com a implantação do PSF, haja vista a realidade anterior dos municípios sobre a oferta das ações de saúde, ela se restringia à sede do município e estava centrada no hospital e nos centros de saúde existentes na zona urbana.

A interpretação de que fazer a atenção básica significa a utilização de tecnologias simples e de baixo custo ainda é recorrente no pensamento de alguns gestores.

“A Atenção Básica é mais barata, o modelo assistencial é bem mais barato que o hospitalar, do que o curativo, então a gente consegue fazer a prevenção e conseguir melhores recursos e fazer com que aquele recurso que é pouco renda mais, a gente consegue evitar várias doenças, várias epidemias. Ela é muito melhor e muito mas fácil de trabalhar do que a gente voltar para o hospitalar, o curativo. A implantação da saúde básica que não é cara, os medicamentos são garantidos tanto pela farmácia popular quanto pela farmácia básica, então é pra mim hoje, eu digo assim, eu levanto a bandeira que o PSF, claro que tem que melhorar. Mas a gente consegue com 23 equipe dá um pulo na mortalidade infantil e materna”. (Gestor 4).

Olhando para essas falas e comparando-as com a prática, observamos que não corresponde à realidade, conforme se segue:

“Chegamos na UBS A3 e já encontramos a enfermeira realizando a coleta dos exames preventivos. A auxiliar de enfermagem nos informou que foram marcados 3 exames. Chega uma paciente cujo o exame já foi adiado e a auxiliar de enfermagem faz a ficha, porém avisa que ela só fará se a paciente marcada não vier, pois só tem material para as 13 pacientes marcadas, isto é, treze espêculos.” (Situação e fala resultante da observação de campo).

“ Estávamos acompanhando a diretora da UBS B2 na sala de recepção uma senhora chega e pergunta: Faz preventivo? A diretora responde, faz mais agora não tem material. Quando o posto começar a fazer eu vou colocar um aviso.” (Fala resultante da observação de campo).

“ Uma paciente entra na sala da enfermeira para receber o resultado do exame preventivo e a enfermeira fala: tomara que tenha chegado de São Luis, pois faz dois meses. Ela nos informou que a UBS faz a coleta e encaminha a lâmina para um laboratório de São Luis e que a média de retorno é de 30 a 60 dias. Informou também que mais ou menos 02 meses não faz exames preventivos por falta de material” (Fala resultante da observação de campo).

Mendes, discutindo as variações na interpretação da atenção primária, explica

que há 3 interpretações da atenção primária à saúde como a atenção primária seletiva é destinada a populações e uso exclusivamente de tecnologias simples e de baixo custo providas por pessoal de baixa qualificação profissional (focalizando em pessoas e regiões pobre). A interpretação da atenção primária à saúde como o nível primário do sistema de saúde de serviços de saúde concebe-a como forma de organizar e fazer funcionar a porta de entrada do sistema, ou seja, resolver os problemas mais comuns de saúde, ações de atenção do primeiro nível. A interpretação da atenção primária à saúde como estratégia de organização do sistema de serviços de saúde compreende-a como uma forma de reorganizar e reordenar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades, demandas e representações da população (2002, p. 10).

Teixeira (2004), também, corrobora com a terceira compreensão:

a Saúde da Família deixou de ser um programa que operacionalizava uma política de focalização da atenção básica em populações excluídas do consumo de serviços, para ser considerada uma estratégia de mudança do modelo de atenção à saúde no SUS, na verdade, o instrumento de uma política de universalização da cobertura da atenção básica e, portanto, um espaço de reorganização do processo de trabalho em saúde nesse nível (2004b, p.13).

Outras narrativas desses agentes de trabalho / trabalhadores de saúde mostram a relação com a comunidade, com o sistema de saúde e com a resolutividade das ações desenvolvidas pela estratégia saúde da família.

“[...] Elo de ligação da comunidade com o sistema de saúde” (Gestor 02).

“ [...] Na implantação do PSF o que a gente vê também o hoje. É que o PSF chega mais perto da comunidade” (Gestor 04).

“ [...] Eu acho que ele foi uma evolução na saúde, porque ele quebrou as bases daquela medicina tradicional, né/ Ele de certa forma trouxe o profissional para mais próximo da comunidade e a comunidade mais próximo dele” (Gerente A1)

“Eu acho que se a equipe que ele deveria ser ampliado, mais abrangente, ter outros profissionais na equipe, né? ... se a equipe se tornar mais completa eu acho que o grau de resolutividade também vai aumentar” (Gerente 04)

Nos depoimentos dos entrevistados, verificou-se a existência de um consenso: o PSF é uma estratégia importante porque reúne os elementos habilitadores para a construção de um modelo assistencial que rompe com a hegemonia do modelo vigente, isto é, um modelo marcado por uma forma de atuação de natureza predominantemente hospitalar. O principal resultado disso já é sabido pela maioria: o uso de procedimentos com maior densidade tecnológica e a elevação dos recursos necessários para sua manutenção (PINHEIRO, 2001).

Com efeito, nos relatos dos atores entrevistados e observados, foi possível perceber o sentido dado à resolutividade, expressa tão bem nesta frase: *“O PSF, ele trabalha a parte preventiva... e até mesmo a parte curativa”* (Gestor 3).

Mesmo sendo reconhecido o enfoque mais preventivo, com característica do PSF, foi possível encontrar a concepção que o toma também enquanto responsável pela ação curativa, o que se destaca como uma possibilidade de uma atuação mais ampliada e são nestas “brechas” que temos que nos apoiar para a construção desejada.

Essa questão nos remete a uma reflexão sobre o princípio da integralidade²⁶, o que de imediato, numa primeira aproximação, podemos dizer que é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde, instituído pela Constituição de 1988.

MATTOS (2001), refletindo sobre integralidade, toma como ponto de partida alguns dos usos do termo e, portanto, dos sentidos do termo. Destaca três grandes conjuntos de sentidos do princípio da integralidade. Eles incidem sobre diferentes pontos. O primeiro conjunto se refere a atributos das práticas dos profissionais de saúde; o segundo conjunto

²⁶ Ver com detalhe:

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Rio de Janeiro, UERJ, 2001.

refere-se a atributos da organização dos serviços; o terceiro aplica-se às respostas governamentais aos problemas de saúde (2001, p. 61).

Uma definição ampliada de integralidade da atenção, a partir das necessidades de saúde, é seguida por (CECÍLIO, 2001). Segundo ele, essa deve ser trabalhada em várias dimensões para que seja alcançada de forma mais completa possível. Numa primeira dimensão, a integralidade deve ser fruto do esforço e da confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles um centro de saúde, uma equipe de PSF ou um hospital. Denominada de “integralidade focalizada”, à medida que seria trabalhada no espaço bem delimitado (focalizado) de um serviço de saúde. É caracterizada pelo compromisso e pela preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas pelas pessoas em algumas demandas específicas (p. 116).

O resultado dessa “integralidade focalizada” há de ser o resultado do esforço de cada um dos trabalhadores e da equipe como um todo. A integralidade pretendida só será alcançada como um fruto do trabalho solidário da equipe, com seus múltiplos saberes e práticas. Acrescento, também o compromisso dos gestores envidar esforços para um projeto que possibilite alcançar os vários saberes na direção da integralidade mais ampliada.

A segunda dimensão da integralidade da atenção como fruto de uma articulação de cada serviço de saúde a uma rede muito mais complexa, composta por outros serviços e outras instituições não necessariamente do setor saúde. Denominada de “integralidade ampliada”, essa articulação em rede institucional, intencional, processual, das múltiplas “integralidades focalizadas”, [...] radicalizar a idéia de que cada pessoa com suas múltiplas e singulares necessidades seja sempre o foco, o objeto, a razão de ser de cada serviço de saúde e do sistema de saúde. A integralidade ampliada seria a relação articulada, complementar e

dialética entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviço de saúde e outras (CECÍLIO, 2001, p. 119-120).

Todavia, a reflexão sobre os limites de garantir o princípio da integralidade reside em parte do reducionismo, que contrasta com muito dos sentidos de integralidade e resulta de uma certa incapacidade: “A incapacidade de estabelecer uma relação com o outro a não ser transformando-o em objeto” (SANTOS, 2000 apud PINHEIRO, 2001, p. 85).

MATTOS (2001) destaca que a integralidade só se realiza quando procuramos estabelecer uma relação sujeito-sujeito, quer nas práticas dos serviços, quer nos debates sobre a organização dos serviços, quer nas discussões sobre as políticas. Enfim, essas definições operacionais podem, na prática, comprometer a garantia do princípio da integralidade como eixo condutor das práticas de saúde e se constitui um grande desafio no Programa Saúde da Família.

Chama atenção o depoimento da gerente 04 (coordenadora do PSF) ao apontar questões relativas à ampliação da equipe e à qualidade da atenção à saúde. Nesse sentido, é importante ressaltar o pensamento que se circunscreve em torno da expansão da equipe e da requalificação profissional das equipes com a introdução de conhecimentos e de técnicas que subsidiem a formação de competências voltadas à análise permanente da situação de saúde, e a execução de práticas de vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica dirigidas ao controle de risco e de danos.

Cabe registrar que as práticas de vigilância em saúde ambiental, sanitária e epidemiológica têm sido espaço de incorporação de profissionais de diversas categorias profissionais como: engenheiros, médicos, farmacêuticos e outros da área da saúde que se “afastam” do modelo médico hegemônico e se “aproximam” do campo da saúde coletiva. (TEIXEIRA, 2004b, p.19).

Quanto à incorporação de outros profissionais na equipe de saúde da família, destaca-se que já existe um movimento de outras categorias profissionais como assistentes sociais, fisioterapeutas, etc., no sentido da ampliação das Equipes junto ao Ministério da Saúde. Exemplificando, ressaltamos o ritmo de implantação das equipes de saúde bucal no PSF, observa-se um notório incremento a partir de 2003. Em apenas um ano, o total de equipes cresceu 45%. Passou de 4320 em janeiro de 2003 para 6367 em janeiro de 2004 e a população assistida na atenção odontológica é de 26 milhões de pessoas (BRASIL, 2003).

Campos (2000), discutindo alternativas de reorganização do trabalho em saúde e através da gestão colegiada, isto é, do método da roda²⁷, aponta as equipes matriciais denominadas de supervisão matricial ou de apoio especializado matricial. Ela tem o sentido de construir junto com a equipe novas soluções para problemas levantados ou pela direção ou pelos supervisores, ou por agentes externos à Organização e, também, pela própria equipe local.

Alguns supervisores apoiariam todas as Unidades de Produção, seria o caso dos generalistas, como por exemplo, um assessor de planejamento, função comum a todos os setores da Organização. Já outros supervisores teriam atuações mais específicas, atuariam apenas em algumas Unidades conforme suas necessidades e características.

Alguns estudos evidenciam que a prática das equipes do Programa se concentra, basicamente, na oferta organizada de serviços básicos, como ações de educação sanitária dirigidas a grupos de gestantes, mães, portadores de doenças crônicas e grupos de idosos, realizadas nas unidades de saúde ou na comunidade, ao lado de ações de atenção básica ao grupo materno-infantil, que inclui planejamento familiar, pré-natal, acompanhamento e desenvolvimento da criança, controle de desnutrição, infecções respiratórias e outros agravos

²⁷ Ver com detalhes.

CAMPOS, G.W.S. Um método para análise e congestão de coletivas. São Paulo: Hucitec. 2000.

que constituem o perfil da demanda nesse nível de atenção. (SILVA, 2002; BRASIL, 2003c; TEIXEIRA, 2004b).

Ainda com relação à prática das equipes, Teixeira (2004b) destaca que a persistência de uma baixa qualidade da atenção e de uma baixa efetividade na resolução de problemas comuns, como, por exemplo, o controle de diarreias em menores de um ano ou a redução da mortalidade materna, entre outros fatores de risco. O que se observa, é uma baixa cobertura desses problemas, resultando numa baixa qualidade da atenção ao pré-natal.

Corroborando nessa mesma linha, Mendes (2002) ressalta que apesar dos avanços, o fato é que a atenção primária à saúde no SUS tem muito que melhorar, em especial no aspecto qualitativo. Isso pode ser verificado pela análise da morbidade hospitalar, da mortalidade infantil e da materna e do Pacto dos Indicadores de Atenção Básica.

Ainda com relação à concepção da Saúde da Família, os gerentes destacam:

*“[...] O Programa de Saúde da Família pra mim eu acho que é um programa fantástico, né? Os princípios que ele aborda, que casa muito com os princípios do SUS é fantástico. Mais ao mesmo tempo que eu acho o Programa de Saúde da Família ele inclui eu também acho que ele exclui. Quando ele delimita suas áreas. Quando de repente eu mando o paciente **pra** uma outra área, e o outro profissional não quer atender porque não faz parte da área dele, quando o PSF ele não consegue abranger um número maior por causa de... Por falta de recursos, porque **aquele** recurso só vem determinar pra tal equipe e pra X pessoas. Então nesse ponto eu acho ele pouco excludente ainda, não é?” (Gerente A1).*

Essa narrativa nos leva a refletir sobre os princípios do SUS, em especial a universalidade, e a demanda espontânea que chega a unidade de saúde. E aponta para a contradição interna universalidade e exclusão, que quando reconhecemos, existe maior possibilidade de superá-la, isso nos remete a ser um aspecto de discussão da roda de diferentes níveis de decisão.

A demanda espontânea tem sido muito discutida na Saúde da Família, entretanto, cabe ressaltar que o atendimento a essa demanda pode constituir-se o primeiro contato e ser, portanto, uma estratégia de se estabelecer vínculo com os usuários na perspectiva que haja uma transformação gradativa da demanda espontânea em demanda acompanhada.

Nesse sentido, Paim (1996) discutindo a necessidade de transformação do modelo assistencial, na perspectiva da construção de distritos sanitários, chama atenção para a reorganização das práticas de saúde, havendo necessidade de gradualmente ir-se transformando a demanda espontânea, que chega às unidades de saúde, em atendimentos de saúde na direção de se estabelecer uma demanda organizada e no oferecimento de programas de assistência especiais.

Por outro lado, essa narrativa nos encaminha para o campo do cumprimento das diretrizes do PSF que destaca a delimitação do território de responsabilização das equipes, fundamental para a estratégia da saúde da família e a adscrição da clientela, vinculação de uma população a uma unidade de saúde, a partir do estabelecimento de uma base territorial, permite delinear sua realidade de saúde, que está em permanente movimento e organizar a atenção segundo a lógica do enfoque por problemas, atendendo às necessidades de saúde da população.

No entanto, Franco e Merhy, críticos do PSF, apontam que a “Saúde da Família adota a diretriz do vínculo e propõe a adscrição da clientela em determinado território a uma equipe mínima²⁸ que passa a ser a “porta de entrada” do serviço de saúde, não tendo o programa um esquema para atendimento da demanda espontânea (1999, p.23).

Com isso, evidencia-se uma tensão entre os conceitos e princípios do sistema, nos quais a definição de adscrição pode conflitar, em certa medida com o princípio da universalidade, devido à colocação de fronteiras pelas diretrizes operacionais do Programa. Porém, na percepção dos formuladores e dos implementadores de políticas locais, nacional e das equipes, esse conflito pode ser relativizado pela busca do equilíbrio. Portanto, deve ser negado o caráter de exclusão que a radicalidade da utilização desses termos (adscrição e universalização) possa trazer. Diferentemente dessa gerente, para os profissionais, a

²⁸ Essa equipe é constituída por 01 medico, 01 enfermeira, 01 auxiliar de enfermagem e de 04 a 06 ACS

priorização e mesmo a focalização da Atenção, que nada mais é do que uma estratégia de enfrentamento dos problemas emergenciais. É essa característica do programa que os profissionais e técnicos apontam como sendo um aspecto positivo, pois o número de famílias determina a qualidade dos serviços prestados pela população. Essa é mais uma contradição que na gestão compartilhada deve ir para a roda.

Ainda com relação às diretrizes da Saúde da Família, consideramos que as mesmas são importantes para a operacionalização do PSF, porém para que atenda de fato e de direito às necessidades dos usuários, seria necessária a cobertura de 100 % da população, o que ainda não é uma realidade na grande maioria dos municípios da federação e, sendo assim, o cumprimento dessas diretrizes fica apenas no campo da legalidade ou do burocrático, não representando uma melhoria na produção de saúde para a população.

- A concepção sobre o Modelo Assistencial

As falas dos gestores e dos gerentes municipais de saúde sobre o modelo assistencial trazem no seu conteúdo palavras-chaves como: prevenção, acesso, assistência, visita domiciliária, resolutividade e referência que também estão presentes na concepção sobre o Programa Saúde da Família.

“[...] A parte de educação, orientação, prevenção feita nos postos de saúde na área de atendimento do pessoal” (Gestor 03).

“[...] Pra mim o modelo assistencial ele é a atenção básica, trabalhar com a prevenção... que dá assistência à comunidade, dá melhores acessos à comunidade né? Que são os princípios do SUS da universalidade, da equidade... Pra mim modelo assistencial é sinônimo de saúde da família” (Gestor 04).

“[...] A gente trabalha muito mais numa base de saúde preventiva do que a curativa” (Gerente A1).

“[...] É a questão também da visita no domicílio, pra aquelas pessoas acamadas que antes ficava sem total assistência. A não ser que eles tivessem dinheiro para pagar um carro particular para levá-lo ao hospital. Hoje em dia não... é só dizer, o ACS mesmo nos comunica. Então nós programamos a visita àquela pessoa” (Gerente A2).

“[...] O modelo assistencial para mim vai assistir é desde a criança, o adolescente, o adulto, o idoso. É aquele que tem a condição, que dá a oportunidade de assistir o cidadão como um todo” (Gerente A3).

“[...] Hoje nós já temos um número maior de médicos, nós temos médicos especialistas, já não vai mais precisar da gente tá saindo daqui, pra ir para outra cidade. Então, as coisas ficam tudo aqui no nosso município... É que aqui, a gente tem não só o clínico geral, mas temos médicos especialistas no nosso posto, hoje nós temos o ortopedista, no hospital geral tem o neurologista. Então, isso assim, isso tudo já é um avanço e já melhora pra população” (Gerente B3).

Tomando essas falas e analisando-as à luz do referencial teórico, trazemos as contribuições de Franco e Merhy (1999) sobre os modelos assistenciais:

o perfil do modelo assistencial é definido por quem detém o poder para hegemonizar este processo, no entanto o modelo é formado também com recursos próprios inscritos, no universo tecnológico operados pelos trabalhadores na produção de serviços visto que estes têm uma grande autonomia no modo de trabalhar a assistência e por si só definem em grande medida o seu perfil” (p.8).

Uma gerente – diretora da UBS- concebe modelo assistencial da seguinte forma:

“[...] O modelo assistencial pra mim vai ajudar a você tratar bem as pessoas. As pessoas já chegam doentes e se você tratar mal as pessoas, ele se sente mais doente. Então o modelo é você quem faz o modelo... você é quem faz ...é ajudar. Se a pessoa chega, não tem uma pessoa profissionalizada pra fazer aquele serviço, a gente já vai ajudar nem que seja com uma palavra” (Gerente B1).

O depoimento dessa gerente nos chama atenção porque aponta a questão do acolhimento e nos remete à discussão proposta por Merhy quando destaca que:

É preciso mudar os sujeitos que se colocam como protagonista do novo modelo de assistência. É necessário associar novos conhecimentos técnicos, novas configurações tecnológicas do trabalho em saúde, bem como outra micropolítica para este trabalho, inclusive no terreno de uma nova ética que o conduza. E, isto, passa também pela construção de novos valores, uma cultura e comportamentos pautados pela solidariedade, cidadania e humanização na assistência. O trabalho em saúde está sempre ligado a uma “face humanitária” que deve ser incorporada ao arsenal tecnológico usado para a produção de serviços. Especialmente, neste último sentido, destaca-se a produção do Acolhimento, da Responsabilização e do Vínculo, enquanto diretrizes do modelo assistencial, na medida em que são tecnologia leves de intervenção produtora do cuidado e da cura em saúde, também jogam papéis firmes na construção de uma nova postura dos profissionais frente aos usuários, recentrando a finalidade de seus trabalhos, e disparando a constituição de novos processos coletivos de subjetivações nos interior das equipes de saúde²⁹

De acordo com Franco (1999), as tecnologias de trabalho têm sua relevância na configuração do modelo de assistência, porque perfilam o modo pelo qual se produz serviços de saúde definindo, por consequência, a capacidade de absorção da demanda, a capacidade de

²⁹ Ver FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MEHRY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim /MG, aprovado para publicação no ‘Caderno de Saúde Pública’. ENSP, Rio de Janeiro, 1998.

efetivamente resolver problemas de saúde, os custos dos serviços, e o que é fundamental, a própria relação entre sujeitos desse processo. Nessa questão, é preciso considerar que o trabalho médico procedimento centrado é, ao mesmo tempo, determinado pelo uso de tecnologias duras, o que o torna não apenas custoso, mas pouco resolutivo, à medida que impõe o caráter frio do produto no lugar da finalidade, como o centro da atenção. Resolver problema de saúde resumiu-se em realizá-lo, como um fim em si mesmo (FRANCO, 1999, p. 141).

O mesmo autor reforça esses conceitos de tecnologias em saúde e propõe que é a tecnologia leve que fazemos (ou deveríamos fazer) mais uso, pois está presente em qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário, produzindo, através de um trabalho vivo, um processo de relações, pois ocorre quando:

há um encontro entre duas pessoas que atuam uma sobre a outra e no qual se opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais há produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam nesses encontros; momentos de cumplicidade, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperanças, nos quais se produzem vínculos e aceitação (MERHY, 1998, p. 106).

Esse referencial teórico nos permite então dizer que a fala da gerente B1, expressa tão bem por essa frase: *“Então modelo é você quem faz... é ajudar”*, mostra a sua concepção sobre o modelo assistencial que vai em direção da subjetividade, o que nos permitiu uma reflexão mais acurada acerca do tema e, sendo assim, concordamos inteiramente com Franco e Merhy quando colocam a necessidade de uma maior utilização das tecnologias leves e que:

todo o profissional de saúde, independentemente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculos (1999).

Dessa forma, a Saúde da Família apresenta a potência para se colocar nessa direção, como um dispositivo que se volte mais intensamente para tais combinações tecnológicas - leves e leve-duras, visto que o perfil do trabalho está voltado para a escuta, para a criação do

vínculo, para o reconhecimento das necessidades do outro, para o estabelecimento de espaços intercessores tanto em relação aos usuários como em relação aos trabalhadores – o trabalhador deve saber conversar com os trabalhadores e com a demanda dos usuários, ir além do corpo adoecido e ter por horizonte o trabalho com a cidadania (MISHIMA, 2003).

Entretanto, a lógica da produção do modelo assistencial no gerenciamento da Saúde da Família convive ainda com o modelo hegemônico, alimentado por sua maior coerência com o paradigma médico flexneriano.

Observamos que, de fato, a assistência à saúde ainda está assentada nos procedimentos, isto é, médico-centrados, em contraposição a uma possibilidade do modelo centrado no usuário. Isso fica muito mais evidenciado com essas falas

“[...] As mães não querem fazer consultas de enfermagem para as crianças porque é muito demorado” Gerente 04.

“[...] As mães não querem a consulta de enfermagem, dizem que é a mesma história” Enfermeira da Equipe 01.

Essas falas nos chamam atenção e embora não sendo objeto do nosso estudo o trabalho da enfermeira da saúde da família, constatamos durante o nosso período da observação de campo nessa UBS:

“[...] que somente uma vez vimos a auxiliar de enfermagem encaminhar uma gestante para falar com a enfermeira, isso por conta de uma confusão da consulta que a gestante havia feito em outra unidade. Isso demonstra que não há uma rotina de atendimento das consultas de enfermagem comprovada inclusive nessa fala “a 1ª consulta é para a enfermeira e a 2ª para o médico. Entretanto, há casos que a 1ª consulta é para o médico e ele manda vir para a enfermeira e outras vezes não” (Situação resultante da observação de campo na UBS B1).

Outros momentos vivenciados por nós com relação a essa mesma lógica da reprodução do modelo assistencial e hegemônico foi evidenciado na observação de campo durante uma visita domiciliar.

“[...] A equipe do PSF se desloca para uma visita à microárea X, e o médico se instala na casa de uma pessoa da comunidade para realizar as consultas que foram agendadas previamente pelo ACS da área adscrita. A enfermeira gerente, que é da equipe da saúde da família, entrega a medicação e dá orientações para os usuários e a auxiliar de enfermagem faz as vacinas e depois das consultas é que o médico e a enfermeira fazem as visitas domiciliares aos pacientes acamados” (Situação resultante da observação de campo).

Essa lógica nos remete para a longa discussão sobre os modelos assistenciais. Aachamos oportuno citar, porque representa a prática, ou seja, a reprodução do modelo hegemônico na estratégia da saúde na Saúde da Família.

Com relação a essa lógica do modelo assistencial, destacamos que o que está faltando para uma mudança da prática e, conseqüentemente, do modelo na estratégia saúde da família se refere a atuação dos trabalhadores de saúde, em especial o profissional médico na utilização de tecnologia leves, isto é, de uma prática voltada para a escuta, para o acolhimento e para o vínculo, mesmo que esses já sejam observados nos serviços de saúde, porém ainda se dão de forma muito pontual. Soma-se a isso a falta de recursos materiais humanos e de infraestrutura que constituem um elemento impeditivo para mudança do modelo assistencial, mas, a nosso ver, o que está faltando, principalmente, ou seja, o cerne da questão é a relação demanda e oferta e os limites estruturais dos sistemas de saúde.

Corroborando nessa linha, Pinheiro (2001), traz contribuições importantes sobre as práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde.

A autora destaca o estudo de caso realizado sobre o sistema de saúde local (Volta Redonda - RJ) e chega a seguinte conclusão: muitas das dificuldades que foram identificadas nas relações demanda e oferta estão relacionadas à organização das práticas em saúde que não estão circunscritas apenas ao campo específico da saúde, mas inscritas nos diversos espaços: políticos, econômicos, cultural e social.

A construção da relação entre oferta de serviços de saúde e demanda não se coloca como uma tarefa trivial, mas é resultante de embates, de conflitos e de contradições que permeiam o cotidiano de técnicos, de profissionais e de usuários nas instituições. São estabelecidas interações com intermediações complexas que, muitas vezes, não são somente explicitadas por palavras, mas em intenções e em gestos dos atores envolvidos no funcionamento do sistema de saúde local. E é, justamente, nesses aspectos que residem as

questões mais prementes sobre os limites e as possibilidades de garantir o princípio da integralidade (PINHEIRO, 2001, p. 105).

Para a autora, é nítida:

a linha divisória entre as transformações ocorridas no sistema e as mudanças que faltam acontecer nas estruturas que sustentam esses sistemas: as instituições de saúde. Para essas instituições têm sido desenhado modelos assistenciais em saúde que mais parecem externos a elas, com pouco ou nenhuma interlocução com a realidade concreta. Racionalmente pensados os modelos assistenciais têm-se mostrado pouco eficientes no cumprimento de seus objetivos, o que reforça a idéia de que as práticas podem ser mais eficazes quando postas como potentes ferramentas de construção do SUS e, porque não da materialização da integralidade como direito e como serviço” (PINHEIRO, 2001, p. 106).

Essa é uma visão com a qual também compartilhamos tendo em vista a realidade local observada.

Diante dessas evidências, concordamos com Franco e Merhy (1999) que apontam que a mudança do modelo requer uma consciência sanitária e uma adesão dos trabalhadores ao novo projeto. Portanto, a forma de trabalhar deve estar em sintonia com a nova proposta assistencial, o que dificilmente se consegue com normas editadas verticalmente e eles chamam atenção para o fato: a implantação do PSF por si só não significa que o modelo assistencial esteja sendo modificado.

Franco (1999) insiste na hipótese de que:

a mudança do modelo assistencial se viabiliza a partir da reorganização do processo de trabalho de todos os profissionais de saúde, particularmente do médico, no sentido de passarem a ter seu trabalho determinado pelo uso de tecnologias leves, que operam em relações interseçoras entre trabalhadores-usuários” (p.146).

Nesse sentido, destacamos situações observadas no campo que denotaram relações intercessoras vivenciadas pelos trabalhadores de saúde e pelos usuários.

[...] entramos no consultório médico para cumprimentar a médica e ela nos disse: estão querendo marcar muita gente, perde a qualidade e eu acho que o mais importante é a qualidade “ouvir o paciente”. Essa foi a primeira vez que observamos que a média da duração das consultas não foi apenas de 5 minutos”(Fala resultante das observações de campo).

[...] estávamos sentadas na recepção da UBS B3 com a enfermeira e a auxiliar de enfermagem e chegou um casal com uma criança a procura da médica por que a criança é cardíaca e vieram consultar, ou precisando da receita para pegar a medicação que a criança tomava. A enfermeira disse que não podia dar a medicação porque a médica não estava e fez um encaminhamento por escrito para a

enfermeira da outra UBS e disse: se não tiver a medicação nessa unidade pode vir buscar aqui que eu dou” (Situação e fala resultante de pesquisa de campo).

Entendemos que a fala da médica e a atitude da enfermeira representam uma prática voltada para o acolhimento, ou seja, o uso de tecnologias leves em que evidenciamos uma preocupação com o usuário como centro da atenção ao invés do procedimento. Aponta para um novo pensar e agir desses trabalhadores numa perspectiva, mesmo que ainda pontual, de uma possibilidade em assumir concretamente o vínculo, a responsabilização e o acolhimento, princípios tão enfocados pela estratégia saúde da família, caracterizando, portanto, como trabalho vivo.

Diante das falas e, principalmente, das observações sistemáticas diretas no campo, consideramos que o PSF – como estratégia de mudança do modelo assistencial – deve promover um redirecionamento da atenção, especificamente na dimensão relacional do cuidado, através da incorporação de uma ética voltada ao “acolhimento” e ao estabelecimento de vínculos, de responsabilização compartilhada entre profissionais e usuários com respeito ao encaminhamento do processo de produção-consumo de serviços (MERHY, 1994, 1998). E, ao lado disso, é necessário avançar com o desenvolvimento do diálogo entre a Saúde da Família e as práticas de vigilância da saúde, as quais ainda são incipientes e desarticuladas em nível local e municipal de atenção (TEIXEIRA, 2004b).

Sendo assim, Teixeira (2004b) destaca a necessidade de se aprofundar na análise em torno das limitações da Estratégia Saúde da Família para dar conta do processo de mudança do modelo em toda a sua magnitude, ao mesmo tempo, que se identifiquem as possibilidades de aperfeiçoamento/ou redefinição dessa estratégia, de modo que possa efetivamente contribuir para o alcance dos propósitos do sistema com relação ao acesso, à cobertura, à efetividade, à qualidade e à humanização da prestação de ações e serviços à população.

As lacunas ou limitações da estratégia saúde da família na prática concreta dos serviços podem vir a ser superadas pelo diálogo e pela incorporação crítica de outras

propostas que contemplem a redefinição de conteúdo das ações, como por exemplo, a Vigilância da Saúde, orientando a ampliação dos objetos de intervenção nos territórios a partir da descentralização das “vigilâncias “ambiental, sanitária e epidemiológica, e, mais que isso, a incorporação das idéias e das propostas do movimento em torno da Promoção da Saúde, que extrapola as ações de “educação e mobilização popular” e incorpora o desencadeamento de ações intersetoriais nos territórios de abrangência das ações das equipes.

Nesse particular, a autora ressalta que o PSF, como estratégia de mudança do modelo assistencial, necessita que se identifiquem “as possibilidades de aperfeiçoamento e/ ou redefinição dessa estratégia, de modo que possa efetivamente contribuir para o alcance dos propósitos do sistema com relação ao acesso, cobertura, efetividade, qualidade, e humanização da prestação de ações e serviços” (TEIXEIRA, 2004b, p.12).

Assim, olhar para esse conjunto de reflexões sobre o PSF, enquanto estratégia de mudança do modelo assistencial, nos permite afirmar que há uma convergência em torno do Processo de Trabalho em Saúde como uma ferramenta importante para a mudança do modelo assistencial, o que nos leva a considerá-lo como “ eixo estruturante nos processos de produção de saúde,” (grifo nosso) ou no novo modo de fazer saúde. Esse processo de trabalho pode e deve ser olhado como alvo estratégico para operações que podem disparar potencializações vitais, na direção de novos processos de produção da saúde.

3.2.2.2-A compreensão dos gestores e dos gerentes municipais de saúde sobre o programa da saúde da família no contexto da política municipal de saúde

A conformação da Saúde da Família pelo país afora vai se determinando, de certa forma, numa perspectiva de se colocar gradativamente como uma política pública para a reestruturação da atenção básica.

No âmbito local, isto é, na esfera municipal, a contextualização do PSF na política municipal de saúde está numa fase inicial e não foi compreendida, pois, para alguns gestores (secretários de saúde), é confuso e possui certo equívoco, isto porque é feita uma relação com o plano da política partidária e não como uma política, capaz de reorientar e reorganizar os serviços de saúde.

“[...] Olha, o PSF é da simpatia do prefeito, né? Da câmara. Isso sempre foi desde quando nós começamos a trabalhar” (Gestor 01).

“[...] O PSF tem uma boa aceitação a nível de comunidade e política, até agora....raro o político, mesmo os vereadores reclamarem ...nós não temos problema com o PSF, é muito difícil eu receber uma denúncia, muito difícil” (Gestor 03).

Entretanto, cabe ressaltar os depoimentos do gestor 04 e do gerente 04 (coordenador do PSF) que apontam o princípio da intersetorialidade e como a Saúde da Família tem sido discutida na pauta das reuniões do Conselho Municipal de Saúde.

“[...] Hoje o PSF trabalha em sintonia com a secretaria de educação porque a gente vai às escolas.....trabalha junto à coleta do lixo, principalmente sobre a dengue.....[...] para a reconstrução de uma passarela chamamos o secretário de obras juntamente com o Prefeito e dentro de um mês a passarela estava reconstruída. O prefeito e os próprios secretários têm consciência da importância da saúde da família” (Gestor 04).

“ [...] É mais ...existe momentos em que o programa é falado até porque o programa, hoje lê é aqueleum ditado popular “ ele é pau pra toda obra”, tudo que se possa imaginar hoje dentro do município na área da saúde, fala-se PSF”...Trabalhar em parcerias, muito integrado com coordenação de vigilância sanitária e epidemiológica e a administração do hospital da unidade mista. Então todo o nosso dia-a-dia, todas as nossas ações, cursos, treinamentos, campanhas, tudo tem esse envolvimento muito grande de todos os segmentos da secretaria todas as coordenações, envolvem todo mundo” (Gerente 04 – Coordenador do PSF).

Esses depoimentos destes gestores e gerentes mostram brechas para uma gerência compartilhada.

O Ministério da Saúde enfatiza como uma das atribuições da equipe de saúde da família o estímulo à ação intersetorial

A busca de uma ação mais integradora dos vários setores da administração pública pode ser um elemento importante no trabalho das equipes de Saúde da Família. Como consequência de sua análise ampliada do processo saúde/doença, os profissionais do PSF deverão atuar como catalisadores de várias políticas setoriais, buscando uma ação sinérgica. Saneamento, educação, habitação, segurança, meio ambiente são algumas das áreas que devem estar integradas às ações do PSF, sempre

que possíveis. [...] a questão social não será resolvida apenas pelo esforço setorial isolado da saúde; tampouco se interfere na própria situação sanitária sem que haja a interligação com os responsáveis pelas políticas sociais (BRASIL, 1998, p. 11).

A intersetorialidade passa não apenas pela construção de ações articuladas no interior do setor saúde, mas na possibilidade de articulação com outros setores da esfera pública e da sociedade em geral, na qual se estabelece com alternativas mais efetivas e compartilhadas nos processos de negociação e de participação social. Nesse sentido, a Saúde da Família pode se constituir em um potente dispositivo para que essas iniciativas sejam experimentadas, conforme se evidenciou na fala do gestor 04 e gerente 04.

Com relação à participação da sociedade, mesmo nos espaços de ação da sociedade organizada, como por exemplo, os Conselhos Municipais de Saúde, cabe destacar os depoimentos do gestor 04 e do gerente B1.

*“[...] Hoje nós trabalhamos muito com a população de acordo com o Conselho Municipal de Saúde. O Conselho Municipal de Saúde, hoje, a gente faz todo mês uma reunião itinerante nas comunidades, que serve como um termômetro pra sentir o que eles estão achando da implantação [...] com essas reuniões do Conselho Municipal de Saúde itinerante que a gente vai pergunta, a gente consegue hoje trazer, a melhoria do trabalho que hoje que a gente conseguiu o que? Identificar a necessidade do assistente social, do nutricionista hoje a gente tem apoio do psicólogo dentro das áreas que a gente conseguiu começar. Outra coisa que a gente conseguiu com essa participação da população foi os exames laboratoriais itinerante; cada posto de saúde ele tem o seu diaa população não tem acesso a saúde também devido o transporte, porque aqui em **(disse o nome do município)** a gente tá a 32km da capital. ... A gente vê os resultados da implementação da saúde pública em **(disse o nome do município)** e com essas reuniões a participação da população pra um melhoramento do programa saúde da família, a gente conseguiu fazer com que o exame fosse até à população. Então, com isso a gente conseguiu implantar tudo,... A gente indo nas comunidades tudo, porque como a gente diz: eles fazem todo pré-natal, mas não fazem o parto, então se eles não tiverem a garantia desse acesso, há a referência o programa não se consolida, então, com toda dificuldade que a gente escutou da própria comunidade a gente começou a trabalhar também o PSF junto com a nossa unidade... trabalhamos juntos com todos os profissionais tanto da unidade como do PSF pra ter essa sintonia pra que ele trabalhe. Então a população participou, participa até hoje pra fazer melhorias pra que o PSF dê certo” (Gestor 04).*

“[...] a reunião do conselho municipal de saúde Nós perguntamos: você vai participar? E ela nos respondeu, não, pois “ao invés deles pegar no pé dos que faltam, eles pega no que está acontecendo. Se o posto não faz curativos ou ficha mais cedo, eles falam” [...] Antes eu participava, mas agora deixei, por que vi que não dava em nada” (Fala resultante da observação campo do Gerente B1)

Essas falas mostram, com bastante clareza, como está sendo tomada a participação da sociedade civil organizada através de um dos mecanismos do controle social nas duas esferas de gestão.

O depoimento do gerente B1, na observação de campo, nos chama atenção porque revela a representação desse gerente sobre o papel do conselho de saúde e, sobretudo, a sua descrença na sua atuação, o que nos remete para o processo histórico da participação social no Brasil e, principalmente, para a forma da constituição e da formação dos Conselhos de Saúde levando em conta as suas respectivas especificidades.

Dentro desse contexto, constatamos que a ação intersetorial é muito difícil, haja vista que foi citada apenas por um gestor dentro do universo pesquisado. Há, portanto, muitas dificuldades para diferentes instâncias e organizações trabalharem em conjunto, compreenderem os limites de suas ações e buscarem as parcerias entre si e com a comunidade. O que consideramos é que, de fato, não há um projeto proposto ou em continuação para a efetivação dessas ações em qualquer instância de gestão, principalmente no âmbito dos municípios.

3.2.2.3- O gerenciamento na saúde da família: como os gestores e os gerentes estão fazendo a gerência?

Neste estudo, a gerência³⁰ está sendo considerada em sua dimensão estratégica para a transformação do processo de trabalho a nível local e, nesse sentido, seu papel é fundamental na articulação das relações entre os trabalhadores, as tecnologias nas suas distintas naturezas (dura, leve-dura, leve), o projeto político assistencial e o contexto onde se insere.

A gerência, nessa dimensão, passa a ser não apenas a instância responsável pelo planejamento, pela organização, pela coordenação e pelo controle, mas também, pela

³⁰ Como já explicado anteriormente.

mobilização e pelo comprometimento dos trabalhadores na organização e na produção de serviços que atendam, de fato, às necessidades de saúde da população, como também pela interlocução com o conjunto dos movimentos de implementação do SUS (CECCIM, 2002; BERTTUSSI; MISHIMA, 2003).

Nessa direção, a gerência implica no exercício de poder dentro de qualquer organização

implica em atuar sobre duas frentes: nos âmbitos institucionais, permitindo a consolidação burocrática da organização, de modo que esta organização possa cumprir seu papel de produzir valores de uso; e na dimensão dos trabalhadores desta organização, estabelecendo a possibilidade de construção de espaços de relação entre os trabalhadores de modo que possam estar mobilizados individual e coletivamente para a produção de resultados, ou seja, a produção de cuidados (BERTTUSSI; MISHIMA, 2003, p. 2).

Mishima (2003), com base em Testa (1992, 1995), destaca que ao se falar que a gerência implica no exercício do poder, está se dizendo que em seu exercício cotidiano, cabe à gerência, ou às instâncias gerenciais a possibilidade de tomada de decisão, de exercício de poder nas dimensões: técnica, administrativa e política.

O poder técnico se define a partir dos conhecimentos utilizados em quaisquer dos níveis de funcionamento do setor saúde. É a capacidade de gerar, de lidar com a informação de características diferentes, pode-se recorrer a diversas formas de conhecimento: formal ou informal, científico ou popular, do campo da biologia, da medicina, da saúde, da administração e de outras disciplinas. O poder administrativo corresponde ao desenvolvimento de atividades, enquanto processos que manejam recursos (incluindo os trabalhadores envolvidos no processo de trabalho em saúde), ele implica na capacidade de se apropriar e de distribuir recursos, bem como manejar aqueles existentes para atingir o objetivo colocado para o desenvolvimento do trabalho em saúde. Já o poder político, seria a capacidade de mobilizar grupos sociais em demanda ou em reclamação de suas necessidades e de seus interesses (MISHIMA, 1995).

É importante destacar que independente da caracterização que o poder possa assumir dentro do setor saúde, este se volta aos propósitos decisórios assumindo possibilidades de promover mudanças e/ou legitimar situações dadas (BERTUSSI; MISHIMA, 2003), sendo que a gerência, enquanto instância de poder, pode se compor como uma ferramenta para impor direcionalidade ao processo de trabalho em saúde.

Nessa direção apontamos as falas dos gestores que se seguem

“[...] o meu papel é este: viabilizar o funcionamento das questões técnicas e também das questões financeiras.... E esta você tem que dar essas condições, de motorista, de combustível, né? ” Gestor 01.

“[...] Pra mim o gestor ele não deixa de ser... Eu sempre comparo o gestor de saúde como um maestro, ele tem várias pessoas que ele tem que orquestrar né? fazendo a sintonia. Então se o gestor ele não tem o conhecimento do que é a estratégia saúde da família e nem a importância dessa estratégia para que há um melhoramento da saúde, é Muuuito difícil a saúde da família dar certo” Gestor 04.

“[...] É, importante. É importante. É importante que ele tenha pra poder pegar esses dados, não é? Trazer pra ao seu gabinete, esses dados que estão sendo anotados pelas equipes do médico de família. Pra poder a partir dali, não é? Ele fazer o seu plano, seu plano de trabalho, plano de ações que ele deve desenvolver de acordo com seu teto financeiro, das suas condições de trabalho, não é? Gestor 02

Tomando em particular essa fala do gestor 04, a gerência implica em uma função integrativa, que, do ponto de vista das relações no trabalho, significa olhá-la em suas relações com o trabalho em equipe, ou seja, tomar a gerência como uma atividade “indispensável à administração do desempenho humano coletivo”, por isso seria comparada à função desempenhada pelo maestro³¹ ao comandar a orquestra”.

ele precisa demonstrar competência pessoal (conhecimento, sensibilidade, entusiasmo, etc., etc.) porém isto não basta. É necessário que os demais elementos, que em seu conjunto fazem orquestra, engajem-se no processo de interpretações de cada sinfonia. Do contrário restará, tão somente, alguém, sozinho, sobre um tablado, gesticulando histericamente, num palco vazio. (CAMPOS, 2000).

³¹ Campos (2000) faz uma crítica severa para o trabalho do maestro, vendo que este retrata a racionalidade gerencial hegemônica, na qual os trabalhadores teriam pouco autonomia ao subordinarem-se à pauta e ao próprio maestro, existindo uma total separação entre quem concebe o trabalho e quem executa. Contudo, assim como Teixeira (2002, p.105) acreditamos que deva haver uma equação entre o “autoritarismo” do maestro e a “total democratização” entre os componentes da orquestra, que possibilite um processo mais participativo na criação e na execução da sinfonia. Cabe ressaltar que o papel do maestro continua sendo importante, sem o qual os músicos poderiam perder o ponto de referência e não haveria alguém olhando sob um ângulo diferente, com uma visão mais ampla que pudesse coordenar os instrumentos. Quanto à crítica da especialização, isto é, cada qual toca seu próprio instrumento, conhecendo apenas a sua partitura, ressaltamos que o maestro se faz necessário em alguns momentos, visto que cada profissional possui seu núcleo de competência e o importante é que os profissionais estejam voltados para a mesma direção-projeto, compondo-se uma musica, caso contrário pode virar um grande barulho-caos.

Entretanto, de um modo geral, quando olhamos as falas anteriores dos gestores, comprovamos que a gerência de fato dá uma direcionalidade ao processo de trabalho em saúde e, nesse caso, se encaminha mais para uma prática gerencial voltada para o cumprimento de metas para o provedor de materiais em função dos problemas detectados e do controle.

Quanto a prática gerencial dos coordenadores do PSF e dos diretores das Unidades Básicas de Saúde, todos consideram que desempenham um papel na saúde da família, embora muitas vezes não haja nem clareza e nem definição, quando levamos para o campo das competências.

*“[...] Veja bem, se o coordenador não tivesse **em frente qual seria** as decisões que **seria tomada**? Porque eu tenho diretamente o acesso pra falar com meu secretário. E tenho a liberdade de fazer como não conseguir falar com ele dar carta branca para o secretário, para o coordenador. E o que seria sem o coordenador? Eu sou uma mão, para o meu secretário” Coordenador 01.*

“[...] é imprescindível, ele é o comando, né? Ele que comanda, ele que tem a palavra final, né? E aí tudo é como eu digo, as idéias partem na grande maioria de quem tá na ponta – que são os técnicos, vem até os gestores pra fazer estudo, levantamento, de vê as condições da própria secretaria em questão de recursos tanto humano como materiais e financeiros pra atender, né? Então, o papel do gestor tá praticamente nisso aí, oferecer, né? as condições necessárias pra que se desenvolva o trabalho” Coordenador 04.

*“[...] que se a enfermeira não tá presente nada funciona direito. Porque logo é a auxiliar que diz: “não se vier alguém pra buscar uma informação. Não é só com a enfermeira. Não só a enfermeira resolve.” Por mais que a gente determine as funções, né? Fulano de tal faz isso, você faz aquilo, se é o paciente vier buscar a medicação a medicação tal você pode entregar, **que nem** o paciente de Hanseníase que ele vem buscar a medicação. E no dia que ele vem buscar ele tem que tomar aquela dose supervisionada. Então, tanto faz eu tá aqui ou não, alguém tem que fornecer essa medicação **pra** esse paciente. Então a gente orienta mais já teve algumas vezes que eu faltei e que o paciente voltou sem tomar a medicação. Aí, nesse momento, eu chamo a auxiliar pergunto: por quê? Explico. Porque elas são, todas elas são treinadas. O agente, até o agente voluntário, pode dá essa dose supervisionada. Mais eles acham que não. Que é só a enfermeira, né? Então eu tento muito mostrar essa questão se eu não estou, claro, dentro das limitações de cada um. Se eu não tô, mais você pode fazer a sua parte assim a assim quando eu não tô entendeu? Mais acontece muito. Então, quando eu volto, no caso, eu tenho dois dias de folga, né? Quando eu retorno na quarta-feira sempre tem coisa bagunçada. É medicação que tá faltando, elas não vêm pegar no estoque, porque acha que é só eu que posso pegar, mais tem lá a lista de medicação de estoque que eu digo que é pra assinar, que bota a data, né? E a quantidade que tirou. Então qualquer pessoa pode fazer isso, o médico, a auxiliar, né? O agente, desde que deixem anotado. Então, mais eles acham que não. Aí é prontuário que fica bagunçado. Porque que não arrumou isso? “Não, é porque eu fui fazer outra coisa,*

né? É porque não deu tempo”. Então a gente tem que dar em cima direto. Não pode tirar o olho não”. (Gerente A2).

*“ [...] Porque quando tem um paciente que está na área, que está doente, se eu puder ajudar eu vou ajudar, eu procuro manifestar, se eu não posso ajudar **né maneiras** de ajuda de medicação de alguma coisa, eu vou lá e peço outras pessoas que pode pra poder ajudar, se a enfermeira não está presente e eu estou eu vou lá, ajudo eles a se manifestar pra poder ao menos procurar outra ajuda fora daqui” Gerente B1.*

*“ [...] Bom! A minha... o meu papel é acompanhar, fazer acompanhamento, observar o trabalho que é feito, desenvolvido pelo PSF, pelos próprios agentes, né? Então, assim, **pra** gente mais aquele trabalho mesmo de parceria, acompanhando um, ajudando outro. É tipo assim acompanhamento mesmo” Gerente B2.*

Essas narrativas retratam um pouco o agir gerencial desses agentes do trabalho/trabalhadores de saúde, o que nos parece, mesmo considerando algumas brechas, é que ainda está centrada numa visão ordenada e tradicional da gerência que fazia crer que o dirigente deveria ser um decisor racional, e pensando a realidade administrativa como racional, controlável e possível de ser uniformizada.

Kliksberg (1988) aponta que o gerente público precisa ser capaz de incentivar, de dar espaço à criatividade individual e de criar condições para que, através da coletivização de idéias, ela se transforme em inovações e em práticas diferenciadas.

Desse modo “o gerente deixa de ser um fazedor e cumpridor de planos, para ser um negociador, aberto ao diálogo, capaz de incentivar e apreender as múltiplas leituras da realidade e a formulação de alternativas de ação, capaz de promover a coletivização das idéias, gerando as inovações e capaz de articular a ação de sua equipe. E isso ocasiona uma nova prática gerencial, que deve ser a do gerente público” (JUNQUEIRA; INOJOSA, 1992, p. 26).

Dessa forma, a gerência passa a ser uma ferramenta do processo de trabalho em saúde, possibilitando transformações nas decisões, no âmbito local e que tem a participação do trabalhador de saúde, da população na construção do projeto assistencial a ser desenvolvido pelo serviço da saúde. E sendo assim, o gerente eficaz não é aquele que domina apenas as técnicas de gestão, mas o que possui compromisso como tarefa organizacional e é capaz de

mobilizar o conjunto da organização para essa tarefa, de forma criativa e participativa, exercendo desta forma também a dimensão política, apontada por Mishima.

3.2.2.4 – Dificuldades no gerenciamento e operacionalização do PSF no contexto municipal (financiamento, perfil e falta de recursos materiais, infra-estrutura e medicamentos).

Dentre as grandes dificuldades no gerenciamento e/ou operacionalização do PSF são apresentados: o financiamento, o perfil profissional e a falta de recursos, de materiais, de infra-estrutura e de medicamentos. Essas dificuldades têm um forte peso para os secretários, para os coordenadores e para os diretores das UBS.

Com relação ao financiamento, esse ocupa espaço e leituras diferenciadas para os gestores e os gerentes de saúde.

Para os gestores – secretários de saúde – a falta de recursos financeiros é grande empecilho para implementar o PSF.

*“[...] Bom! Esse gerenciamento não é fácil. Ele é extremamente difícil. Porque quando se fala em levar serviço, em levar atividade, o primeiro ponto é o financeiro que a gente não tem condição de ampliar nada, de melhorar” (Gestor 01). É as dificuldades maiores, realmente diz respeito a recursos financeiros e recursos consequentemente também recursos **humano**, porque nós não **tamos** tendo condição de dar aos profissionais da área da saúde que trabalha no PSF, o treinamento que devia ta sendo dado. É falta de recursos pra deslocar o pessoal, o médico a enfermeira pra fazer esse curso. [...] Esse é uma das dificuldades é a questão financeira. Nós tínhamos uma dificuldade também, olha financeira inclusive porque até o pagamento, **os recursos** que nós recebemos, pra manter as equipes é muito inferior ao recurso que nós precisamos” (Gestor 02).*

“ [...] e a dificuldade sempre funciona em torno do recurso porque o Estado nunca passou o recurso que era pra passar, pra complementar a equipe da saúde da família. A Prefeitura também não repassa recurso, como a gente funciona em cima do recurso que vem do Ministério da saúde pra pagar a equipe, isso faz com que às vezes a gente perca um profissional bom, mas a gente sempre procura manter o profissional a nível administrativo; que ele fique conosco na medida do possível” (Gestor 03).

“[...] Outro empecilho que a gente vê também ainda é o financeiro que na realidade o incentivo que dá é muito pouco, os encargos sociais são responsabilidade dos municípios, fica muito alto. A gente sabe hoje que os encargos sociais são quase 65%; a logística - toda é bancada pelo município, então isso ainda é uma grande dificuldade. Por exemplo: pra gente alcançar, hoje, a gente garante 70% da cobertura mais na realidade a gente tem um gasto muito grande de combustível nas visitas domiciliares, porque a gente implantou principalmente na nossa zona rural

onde as estradas são ruins, a manutenção de carro é muito grande; a gente precisa de um quantitativo de carro muito grande pra garantir essa visita domiciliar; as farmácias básicas ainda não são suficientes, a gente tem que complementar com isso, fora como tem as outras ações a gente tem que complementar com todas essas outras assistências, né? Então tudo isso ainda é um gasto muito grande, então o incentivo que o Ministério dá ainda é MUUUUUUITO pouco para gente realmente alcançar aquilo que a gente gostaria de ter como consolidado como programa saúde da família'' (Gestor 04).

Para os gerentes/coordenadores do PSF e diretores gerentes das UBS, a questão do financiamento não aparece nas falas com a mesma centralidade e intensidade que é referida pelos secretários de saúde, mesmo tendo clareza, que a depender de onde fala as necessidades são diferentes. Porém, o financiamento é apontado por três gerentes: dois coordenadores do PSF e apenas um diretor de uma UBS,

“[...] Na Secretaria de Saúde eu não tenho dificuldades diretas, tenho dificuldades indiretas. O que é isso? Basicamente alguns pontos que não depende de mim, ponto tipo: material, pagar xérox. As principais dificuldades que eu encontro na implementação, basicamente agora com a situação do PROESF, de mais seis equipes pra cá, está na zona rural. Porque na zona rural do município de (disse o nome) é muito extensa, é muita gente, é... com mais de trinta e seis mil pessoas vivendo na zona rural em localidades diferentes, em povoados diferentes, em distritos diferentes. Então, nós temos uma dificuldade porque os profissionais terão que ter uma relação com a comunidade em questão, bastante benéfica. Porque a população que será atendida é aquela população... é basicamente rural onde é uma população que é difícil de ser lidada. Sem falar também na parte da distância e na parte também da remuneração, da remuneração a nível do profissional. Porque se for pra seguir o que o programa exige oito horas dia. Então o município terá que arcar com uma despesa ENORME em termo de profissionais, tanto médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e dentistas. Auxiliar de gabinete odontológico. Sem falar também nos transportes e também sem falar nas dificuldades em acessos’’ (Coordenador 02).

“[...] Olha, atualmente assim, a principal mesmo é o pouco recurso, né? o recurso financeiro, ele é muito pequeno. O leque de atividades e de compromisso que a gente acaba assumindo com a comunidade, então é assim rotina de estar faltando medicação, nunca é suficiente, né? material educativo, é... informativo é pequeno [...] Ah! eu fico ainda com o pouco recurso. Eu acho, a quantidade mínima de recurso a nível de governo federal e a nível mesmo de governo municipal que muitas vezes ele não dá a sua contra partida, né? Eu até, no meu ponto de vista pessoal eu acho até que o governo federal ele faz a parte dele, tá? Eu acho que o que falta é o governo a nível municipal entrar com a contrapartida pra que junto a coisa ande melhor, flua melhor, porque é você vê, é muito difícil a gente iniciar um programa vamos dizer: de diabetes e hipertensão, daí a seis, oito meses faltar medicação que a gente sabe que é imprescindível para aquele paciente, que ele tem que vir ser acompanhado mensalmente, então se a gente tem uma queda de um, dois meses sem aquele medicamento vai tudo, todo programa se dilui ali. Então não pode, tem que ter sempre a continuidade; então, um dos grandes problemas pra mim é essa falta de recurso, principalmente da área municipal, a contrapartida’’ (Coordenador 04).

“[...] A gente dispõe de recursos limitados... E também alguns gestores municipais; alguns prefeitos ainda não absorveram essa visão de investir, né? Sempre esperam

só a investida só do ministério mais a contrapartida da prefeitura ainda assim para mim... não só aqui, mais como a maioria dos municípios ↓ ainda é muito fraco'' (Enfermeira gerente A1).

A questão do financiamento³² é bastante complexa, por isso precisaria de um estudo mais aprofundado para entender por que para os gestores o discurso oficial é o responsável, muitas vezes, pela não operacionalização dos serviços de saúde, enquanto que para os gerentes não existe essa mesma proporcionalidade..

Pelas nossas observações de campo, verificamos que na prática o financiamento fica restrito somente aos gestores (prefeitos e secretários de saúde) e que não há uma transparência e nem um acompanhamento por parte dos gerentes dos repasses financeiros destinados à área de saúde, ou seja, repasses do fundo nacional e da contrapartida do município para o fundo municipal de saúde. Como há uma centralização dos recursos financeiros na secretaria de saúde e pelo fato das UBS não serem unidades orçamentárias, os diretores sentem os reflexos dessa falta de recurso no âmbito operacional, porém não sentimos uma preocupação desses gerentes em buscar saber a origem desses recursos e nem tão pouco uma maior reivindicação para minimizar esses problemas e nem tão pouco trazer essa problemática para espaços coletivos – CMS- que tem por atribuições a implantação e implementação das políticas de saúde.

O financiamento no SUS sempre foi considerado como um nó crítico e um ponto de estrangulamento, desde que se iniciou o processo de descentralização e de municipalização dos serviços de saúde. De acordo com Mendes (2002), existe o subfinanciamento do PSF, haja vista a principal fonte de financiamento da atenção primária à saúde é o governo federal, seguido dos municípios.

³² O financiamento, mesmo não sendo objeto do nosso estudo, será apontado posteriormente em função do subfinanciamento do PSF.

Cabe ressaltar que o tema financiamento merece uma grande discussão e, por si só, já se constitui cenário de um amplo debate nacional da atenção primária de saúde. Sendo assim, é importante destacar que o financiamento está sendo mencionado devido à sua referência como um dos obstáculos para o gerenciamento do PSF.

Mendes (2002) destaca que “o subfinanciamento do PSF” – e também da atenção primária à saúde em geral – constitui um grave problema do SUS e, na realidade, trata-se de um obstáculo transversal, uma vez que parte significativa dos obstáculos já identificados tem a ver, direta ou indiretamente, com esse subfinanciamento. Esse nó crítico do SUS há de ser desatado com prioridade e com urgência.

Para o autor, manter subfinanciada a atenção primária à saúde

é, ademais, política pouco inteligente, porque as deficiências qualitativas da atenção primária à saúde vão implicar internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial e, até mesmo, na alimentação de uma parte significativa de procedimentos de alto custo que podem ser evitados por uma atenção primária à saúde eficaz, como parte das diálises renais e dos transplantes. Ou seja, manter a atenção primária à saúde subfinanciada é política suicida por que equivale a uma política de enxugar gelo (MENDES, 2002, p.76).

Deve-se também, com base na análise dos Sistemas de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde SIOPS, estimular os municípios para que possam destinar os eventuais recursos adicionais, decorrentes do cumprimento das diretrizes da Emenda Constitucional n.º 29/2000 para o PSF.

O perfil dos profissionais também foi apontado como uma das dificuldades na saúde da família.

“[...] As limitações que a gente encontra, não é basicamente a nível do município em si, mais sim, na parte do profissional, que muitos deles são recém formados, né? E que encontra dificuldade no desenvolvimento do programa e até mesmo, em profissionais que outrora trabalharam em hospitais estão naquele punho é mais hospitalocêntrico, né? Não estão ainda designado a saúde coletiva, ou seja, a parte preventiva da saúde. Então, esse é o principal problema que nós temos. Principalmente médicos tá? (Gerente 02 - Coordenador do PSF).

“ [...] então o perfil do nosso profissional hoje eu acho que é um grande também obstáculo para que o programa se desenvolva a contento. Falta de recurso, o perfil do profissional e a capacitação dele mesmo e de todos os outros que estão envolvidos no sistema” (Gerente 04 - Coordenadora do PSF).

“ [...] Infelizmente a gente ainda tem muitos profissionais que não têm o perfil e por isso atrapalham um pouco com essa ideologia do PSF, que veio na verdade para aproximar as famílias da unidade e aproximar as famílias dos profissionais de saúde” (Gerente A1).

“ [...] É, eu creio assim, que a estratégia inicial ela foi colocada, mais é preciso ser melhorada bem, né? Principalmente dentro da abrangência em relação às vezes recursos humanos” (Gestor 01)

Associado ao perfil dos profissionais de saúde, as narrativas apontam **a capacitação ou a educação continuada** como um instrumento de suma importância na saúde da família.

“[...] Com o PSF vieram pra a gente as especializações, vejam os treinamentos, como tem tido muitos. Pra que serve? Pra capacitar a equipe. Pra quê? Cada vez mais a gente consiga resolver os problemas que estão aparecendo na comunidade. E isso é muito bom” (Gerente A2).

“[...] É, na realidade eu acho que ainda falta um pouco também é da capacitação dos gestores, no entendimento e, então, eu acho ele ainda não deu mais certo por falta até de mais Conhecimento dos próprios gestores, dos próprios prefeitos de conhecer a importância da saúde da família. Então eu achava que tinha que ter mais capacitações, mais reuniões, mais seminários pra ele aconteça de fatos e de verdades. Porque eu digo assim, ainda tem muuuitas disfunções de PSF aí nesse Brasil e, se a gente conseguir trabalhar, olha, Cuba hoje ela trabalha não com o nome saúde da família, mais Cuba hoje é um modelo, é uma prova que a coisa dá certo, então, eu acho que a gente tem que trabalhar mais com seminários e sensibilização das... com palestras dos gestores principalmente, dos profissionais envolvidos e da própria comunidade, porque a comunidade tem que saber qual é o papel do PSF, dos agentes comunitários até pra ela poder cobrar, porque o que a gente sente ainda muito hoje que eles ainda não conhecem a importância do papel desses profissionais dentro da realização da saúde pública” (Gestor 04).

Nessas falas estão explicitadas que, para o gerenciamento do PSF, a capacitação é determinante sim, à medida que os gestores acenam que a mesma deva se dar tanto no âmbito da operacionalização em si, ou seja, dos profissionais da equipe, quanto da esfera macro, isto é, para os gestores (prefeitos).

Essa visão de educação continuada tem sido objeto de investimento, já referido no capítulo anterior, do perfil dos gestores e dos gerentes da saúde, sendo também expresso por esses atores.

“ [...] É. Nós tivemos felicidade volto a repetir, que tivemos todos os médicos que faz o serviço do PSF. Porque têm muita gente que quer fazer o PSF mais não tem o perfil. E todo os nossos funcionários que fazem PSF têm o perfil. Primeiro que todos nós capacitamos, toda capacitação que têm nós mandamos. Não medimos esforços, pode ser por conta da prefeitura, pode ser por conta da secretaria, nós mandamos porque o prefeito e o secretário quer pessoas capacitadas = para que menos problemas venha para o nosso município. Isso é a forma que a gente achou. Aí se torna bom? Se torna. É bom para o povo? É. Então o PSF de (disse o nome do município) está de parabéns” (Gerente 01-Coordenador do PSF).

“ [...] a gente também é... trabalha muito a linha de capacitação dos nossos técnicos, então hoje 90% são especializados em saúde da família, a gente oportunizou a todos, né? só mesmo os que não quiseram por outros motivos, por uma outra carga horária em outro local de trabalho que não pudesse conciliar. Mas uma faixa de 90% hoje dos nossos profissionais tanto médico como enfermeiros estão especializados em saúde da família. Então é mais assim um passo que eu acho é uma abertura que o gestor deu e que eu acho que é importante, porque todo esse aprendizado, a pessoa transfere para a comunidade onde está trabalhando e vai servir não só aqui dentro do nosso município como em outro local que o profissional for futuramente” (Gerente 04 - Coordenador do PSF).

A necessidade da educação permanente, que na verdade se trata de educação continuada, uma vez que as falas estão relacionadas com os cursos e treinamentos é praticamente um consenso entre os gestores e os gerentes, tanto assim que as demandas têm sido colocadas enfaticamente. Fato esse é comprovado pelos cursos que foram oferecidos pelo Pólo de Capacitação, e Educação Permanente/ Universidade Federal do Maranhão³³ para os profissionais que trabalham na Saúde da Família, desde os módulos introdutórios para médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e ACS até os Cursos de Especialização em Saúde para os médicos e os enfermeiros, e outras categorias profissionais, inclusive gestores.

Mendes (2002) faz uma crítica à educação permanente com relação aos cursos introdutórios ofertados pelos Pólos de Capacitação, destaca que são de curta duração, orientados para aspectos cognitivos e doutrinários da saúde da família e, portanto, têm baixa capacidade formativa e quase nenhuma capacidade institucional. Também estende a crítica aos cursos de especialização no que se refere às carências graves nas habilidades clínicas e pouca capacidade institucional.

Esses Pólos têm pouco impacto sobre a graduação. A educação continuada era feita com cursos que só trabalhavam o conteúdo teórico e não a articulação com os setores de

³³ A conformação dos Pólos de Capacitação de Educação Permanente e aqui explicitamos o do Maranhão (2000) tem sua fundamentação alicerçada nos princípios da educação continuada, segundo uma lógica que o conhecimento preside /define as práticas, o objetivo principal é a atualização de conhecimentos específicos e as atividades educativas são os cursos padronizados com carga horária, conteúdo e dinâmicas definidos centralmente. As atividades educativas são construídas de maneira desarticulada em relação à gestão, à organização do sistema e ao controle social. A atividade educativa é pontual, fragmentada e se esgota em si mesma (Brasil, 2004)

serviços, de gestão e de controle social, portanto, não conseguiam alcançar a educação permanente, que tem outro sentido.

A educação permanente dos profissionais do PSF carece de doutrina e de sistemas operativos mais eficazes.

A educação continuada que, até então, era feita nos antigos pólos com cursos que só trabalham o conteúdo técnico e não há articulação com os setores, serviço, gestão e controle social não conseguem alcançar a educação permanente que têm outro sentido.

No que se refere a essa política de educação e de desenvolvimento para o SUS, assinalamos que a partir da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação Permanente na Saúde, o Ministério da Saúde assumiu seu papel de gestor federal do SUS na formulação das políticas orientadoras da formação, da distribuição e da gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil.

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde é responsável pela proposição e pela formulação das políticas relativas à formação e à educação permanente dos trabalhadores de saúde em todos os níveis de escolaridade e à capacitação de profissionais de outras áreas e da própria população para favorecer a articulação intersetorial e o controle social no setor saúde. Para ser possível, a educação permanente requer ações no âmbito da formação técnica, da graduação e da pós-graduação; da organização do trabalho; da interação com as redes de gestão e de serviços de saúde; do controle social neste setor.

A gestão da educação permanente em saúde está sendo feita por meio dos Pólos de Educação Permanente em Saúde → Instâncias de Articulação Interinstitucional da Educação permanente em saúde → Rodas para a Gestão da Educação Permanente em Saúde que são espaços para o estabelecimento do diálogo e da negociação entre os atores das ações e serviços do SUS e das Instituições formadoras; o locus para a identificação de necessidades e para a construção de estratégias e de políticas no campo da formação e do desenvolvimento –

sempre na perspectiva de ampliação da qualidade da gestão, da qualidade e do aperfeiçoamento da atenção integral à saúde, do domínio popularizado do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social nos sistemas – que deverão funcionar como dispositivos do Sistema Único de Saúde para a mudança nas práticas de saúde e nas práticas de educação em saúde como Rodas de debate e de construção coletiva (Rodas para a Educação Permanente em saúde) (BRASIL, 2003b).

Os Pólos de Educação Permanente em Saúde estão trabalhando com a perspectiva de construir nos espaços locais: microrregionais, regionais, estaduais e interestaduais a capacidade de desenvolver a formação e o desenvolvimento das equipes de saúde, dos agentes sociais e de parceiros intersetoriais. Prioritariamente, serão atendidas as equipes que atuam na atenção básica, buscando estabelecer a articulação e o diálogo entre atores e saberes da clínica, saberes da saúde, da saúde coletiva, e da gestão. Deverão trabalhar os elementos que conferem “ integralidade do atendimento de saúde ” (diretriz constitucional), forte capacidade de impacto sobre a atenção à saúde e que são essenciais para a superação de limites da formação e das práticas tradicionais de saúde: vínculo, responsabilização, integralidade da atenção, clínica ampliada, conhecimento sobre a realidade, trabalho em equipe multiprofissional e trabalho intersetorial (BRASIL, 2003b).

O pressuposto pedagógico da Educação Permanente trabalha com práticas definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, organização do trabalho,etc.); a aprendizagem dos adultos requer que se trabalhe com elementos que “ façam sentido” para os sujeitos envolvidos (aprendizagem significativa). O Objetivo principal é a transformação das práticas. “Os modos operandi é ascendente, a partir da análise coletiva dos processos de trabalho, identificando os nós críticos (de natureza diversa) enfrentados na atenção ou na gestão, possibilita a construção de estratégias contextualizadas que promoveram o dialogo entre as políticas gerais e a singularidade dos lugares e pessoas” (BRASIL, 2004, p. 13).

Retornando às dificuldades dos recursos materiais, da infra-estrutura e dos medicamentos que também são obstáculos no gerenciamento e, ao mesmo tempo, se constituem instrumentos de trabalho, à medida a inadequação da estrutura física limita e/ ou impossibilita a realização de atividades em grupo e até mesmo individuais, como verificamos nas narrativas dos gestores e dos gerentes. Evidencia-se que ainda são mais valorizados os consultórios médicos, ficando em segundo plano os locais para grupos e outros atendimentos.

“[...] Porque a maioria de nossos postos eles não foram postos construídos, foram postos adequados para o PSF, então aqui é uma associação que a gente adequou. Já não podemos mexer muito na estrutura física porque a associação não deixa dos moradores, né? Então, quando eu cheguei aqui não tinha nenhum tipo de divisão, era só o consultório médico e a gente atendia no salão, nesse salão grande, não é? [...] Eu faço os exames preventivos no consultório médico quando ele não vem atender porque o consultório de enfermagem não tem condições” (Enfermeira gerente A1).

“[...] os exames preventivos são feitos uma vez por semana, por uma enfermeira porque a unidade não dispõe de espaço físico, pois só existe uma sala para nós três prestarmos o atendimento. (Enfermeira equipe 01).

Depois da fala dessa enfermeira, resolvemos (na observação de campo) entrar na respectiva sala e verificamos que tem três mesas com três cadeiras, uma maca, uma estante e constatamos que, nesse dia, estavam sendo atendidas duas gestantes ao mesmo tempo. Diante disso, ficamos a nos questionar sobre a privacidade da paciente durante o exame físico. Ainda, na observação de campo, na UBS A1, encontramos a enfermeira do PSF fazendo uma palestra para as gestantes na sala de espera, que é um salão grande, aberto. Essa unidade é coberta de telhas Brasilit, sem a menor infra-estrutura. Isso reforça então que a finalidade maior da estrutura ainda responde ao modelo centrado no médico, e corresponde aquela primeira corrente de pensamento como programa focalizado em pessoas e regiões pobres, sugere ou pode induzir que qualquer coisa serve para se fazer PSF.

A falta de medicamentos essenciais para a atenção primária à saúde, mesmo com os incentivos do Programa de Assistência Farmacêutica Básica e da Farmácia popular, é muito freqüente, tal como mencionaram os gerentes.

“[...] aqui dão remédios”? Ela responde; dão se tiver. Pega a receita, olha e diz: “não tem” (Observação de campo na UBS B1).

“[...] não tem a medicação porque a farmácia recebeu medicação em maio de 2003 e que deveria receber de 03 a 04 vezes no ano. [...] o captopril (medicamento pressão alta) foi entregue ao paciente dia 18/11/2003 porque eu pedi duas caixas da medicação para a enfermeira gerente da UBS A2.” (Enfermeira gerente A3).

Para Mendes (2002, p.64), “essa falta de medicamentos funciona como traçador de um problema maior que reside nas deficiências da assistência farmacêutica do SUS. Em termos gerais, a competição entre as três fontes de medicamentos essenciais – o incentivo variável do PAB, a Farmácia Popular e a compra direta de medicamentos pelos municípios – apresenta-se como um problema sério de coordenação das políticas de assistência farmacêutica básica”.

Existem deficiências na normalização e na prática do uso racional dos medicamentos básicos. A dispensação dos medicamentos, no nível local, está, em geral, desorganizada.

A assistência farmacêutica básica está subfinanciada. Portanto, superar o subfinanciamento da assistência básica, além de ser uma condição indispensável para a melhoria da qualidade da atenção primária à saúde, é também, uma forma de melhorar a equidade do SUS.

3.2.2.5 - A lógica da produtividade como instrumento de trabalho.

Os serviços de saúde ainda estão muito pautados em função da produtividade que consiste na preocupação cotidiana com o ato ou efeito de produzir, ou seja, com os procedimentos realizados nas UBS como: consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliárias realizadas pelos ACS, curativos, aplicação de injeções, doses de vacinas, etc.

A lógica de produtividade ainda é um ponto central no gerenciamento das atividades na saúde da família, com a mobilização e com a convergência dos atores sociais envolvidos com a gerência dos serviços de saúde. Essa afirmação é ratificada pelos gerentes:

“[...] reunião com os ACS... uma hora, vamos começar a produtividade... ACS, agora é produtividade, não tem conversa” (Fala da resultante da observação de Campo do Gerente A2).

“[...] O Dr. Y (secretário da saúde) vem com gosto de gás para cima de mim, pois todas as colegas já fizeram a produtividade e ele não quer saber se houve tempo, senão o dinheiro não vem” (Fala resultante da observação de Campo da Gerente A3).

“[...] coloquei a auxiliar de enfermagem do PSF na sala de vacina porque senão na hora de fazer a produtividade da unidade não vai nada registrado das atividades realizadas por ela” (Fala resultante da observação de Campo da Gerente B1).”

“[...] gerente leva as lâminas dos exames preventivos e fala: “estou com vergonha por causa do número; mas não sei mais o que fazer para aumentar porque as mulheres não vêm [...] sexta-feira eu fiquei indignada, eu tinha dezesseis preventivos marcados só apareceu uma mulher aqui. Pode uma coisa dessa! Aí depois eles ficam cobrando porque eles pensam o que?... que a gente não tava fazendo nada. Olha eu fico agoniada.” (Fala resultante da observação de Campo da Gerente A2).

O depoimento da gerente A2 sobre esse fato (só uma mulher apareceu) é um forte elemento para uma análise, pois, poderia ser tomado como um ruído e esse evento pode ser analisador e trazido para a roda desencadear estratégias e ações mais resolutivas.

No cotidiano das gerências, observamos um grande número de atividades administrativas voltadas para a produtividade, as quais demandam tempo dos gerentes, tendo em vista que a conferência de todos os procedimentos realizados nas UBS são feitos diariamente, bem como a elaboração do boletim de produção ambulatorial – BPA e a produção dos agentes comunitários de saúde. Essa produtividade é registrada em impressos próprios, padronizados pelo Ministério da Saúde e os impressos da conferência diária. Essa atividade burocrática fica a critério de cada gerente, pois não há uma sistematização para esses registros por parte da secretaria municipal de saúde.

Sendo assim, destacamos as atividades e as situações observadas nas UBS:

“[...] Enfª gerente não teve tempo de se reunir com os ACS para receber à produtividade por causa da campanha da dengue e eles vieram entregar na secretaria de saúde porque tem que ser entregue no final do mês; enfª gerente faz toda a produtividade da UBS, inclusive às consultas médicas e entrega mensalmente à secretaria de saúde; enfª gerente entrega a produtividade na secretaria de saúde e ficou com uma cópia da produtividade e do consolidado das atividades do aleitamento materno” (Situações resultantes da observação de Campo das unidades do município A).

“[...] Enfª gerente está fazendo a produtividade da UBS; enfª gerente procura as folhas de ACS e pegou a folha de produtividade do médico; enfª gerente recebe a produtividade de 02 ACS e conversa com elas por alguns minutos; enfª gerente

terminou a produtividade e foi falar com 02 pessoas; enf. “gerente foi para a sala da coordª da Vigilância Sanitária para fazer a produtividade; enfª gerente retorna por quatro vezes na sala da aux. de enf. buscar material para fazer a produtividade; enfª gerente termina a produtividade e entrega no setor de informática; enfª gerente foi fazer a produtividade da outra UBS A4 porque a gerente está de licença maternidade” (Situações resultantes da observação de Campo das unidades do município A)

[...] gerente faz o consolidado das consultas médicas, relatório do atendimento médico, demonstrativo de produção anual e o consolidado do mapa diário da produção de enfermagem; gerente mostra boletim de demonstrativo da produção e controle das consultas médicas; gerente B3 que é ACS no bairro X a 14 anos diz: eu entrego a minha produtividade para a enfª e tenho que passar na CS todo dia; gerente está fazendo a conferência de todas as consultas realizadas pelos médicos e enfª para elaboração do BPA; gerente fala: a ficha geral da enfermeira nem sempre vem para mim para eu fazer o BPA; gerente está fazendo a conferência de todas as consultas realizadas pelos médicos e enfermeiras para a elaboração do boletim de produção ambulatorial; gerente está na sala de marcação de consultas fazendo o relatório do número de consultas médicas (Situações resultantes da observação de Campo das unidades do município B).

Olhando para essas narrativas, baseadas nas experiências, no cotidiano desses gerentes e no trabalho deles, constatamos o quanto essa lógica da produtividade é uma estrutura pesada, o que nos remeteu imediatamente para o campo das tecnologias duras, ou seja, estamos diante de uma situação totalmente normatizada e burocrática.

Portanto, sem entrar no mérito e na profundidade de que o assunto requer, nos permitiremos uma reflexão acerca da produtividade. Ousamos dizer que a lógica da produtividade tem uma relação com a tendência histórica da política do Ministério, que sempre foi centrada nos procedimentos, com os modelos convencionais hegemônicos, contaminados pela ideologia flexneriana e com as modalidades de financiamento do Ministério de Saúde.

Nesse sentido, lembramos que as modalidades de financiamento da atenção básica vigentes no SUS são o Piso Assistencial Básico (PAB) que garante um valor per capita de, pelo menos, R\$10,00 por habitante/ano, repassado diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os fundos Municipais de Saúde.

A esse valor fixo, podem agregar-se alguns valores variáveis, sob a forma de incentivos, ao PACS/valor mês por agente comunitário de saúde, incentivo ao PSF por

implantação de cada equipe uma única vez e outra, que varia com a cobertura populacional por PSF no município; o incentivo ao controle das carências nutricionais (ICCN), atualmente, substituído pela bolsa alimentação; o incentivo à assistência farmacêutica básica, criado pela Portaria n 18/99, da SAS/Ministério da Saúde.

Com relação a essas modalidades de transferências de recursos, há que se considerar a necessidade de incorporação de novos critérios nesse processo de alocação de recursos do governo federal aos municípios. A ênfase nessa discussão deve ser a de aprofundar a alocação de recursos, segundo critérios inspirados no artigo 35 da Lei Orgânica da Saúde (critérios demográficos, epidemiológicos, condições socioeconômicas e espaciais).

Enfim, “o espaço privilegiado” da produtividade no gerenciamento do PSF tem muito a ver com o atual modelo de assistência à saúde que se caracteriza como “produtor” de procedimentos, ao invés do modelo assistencial centrado no usuário, no qual o processo de trabalho é exercido por uma equipe multiprofissional e determinado por tecnologias leves/leve-duras com a produção do cuidado, entendido enquanto ações de acolhimento, de vínculo, de responsabilização e de resolução

As reflexões até aqui trazidas, sobre a produtividade não indicam que estamos focando um olhar só para a negatividade, pois reconhecemos que essa, da forma com está, faz parte da atual política de financiamento do MS. Entretanto alertamos que, um outro modo de gerenciamento permitiria utilizar os ruídos da produtividade como disparador de reflexões e novas propostas da organização do processo de trabalho.

3.2.2.6 - Os atores que contribuem/ influenciam no processo de trabalho da equipe da saúde da família.

Ao olhar para o trabalho das equipes de saúde da família, os gestores consideram que desempenham um papel importante na condução das atividades, o que de certa forma, define

um pouco o tipo de gerência (centralizada ou participativa) e sinaliza a direcionalidade do trabalho em saúde, em função de ser ou não produtor de cuidado.

Na visão dos gerentes - coordenadores do PSF e diretores das unidades básicas de saúde - é consensual que existem atores que participam do processo de trabalho das equipes, os quais são representados pelos próprios membros da equipe da saúde da família ou externos a ela que exercem um papel importante no processo de trabalho em saúde, tal como o evidenciado nas falas abaixo.

[...] Não, eu acho muito importante a posição do Agente Comunitário. Por quê? Porque o agente ele tá mais engajado na comunidade. Ele vive na comunidade, né? Ele tá atuando alí todo o dia. E por mais que o médico, a enfermeira, a auxiliar é, por mais tempo, que nós possamos ficar aqui no posto mais a gente nunca tem esse contato que o agente tem. — Então eu acho assim a peça chave, mesmo, do programa é do agente comunitário. Só que é assim: o agente é orientado por nós, né? Então por isso que nós somos uma equipe, porque um trabalha mais em função do outro. Se tiver só agente a coisa não anda, se tiver só o médico não anda, tem que ser uma equipe. Mais eu acho que a posição do agente é de extrema importância. Então o agente é fundamental” (Enfermeira gerente A2).

“ [...] Na minha equipe com certeza eu influencio (risos), na minha equipe com certeza, sem falsa modéstia. É voltando um pouquinho atrás.... Nessas influências quando nós planejamos, determinamos executar alguma coisa, nós sempre contamos com a colaborações... aí nós vamos ao secretário propriamente dito, né? E o seu assessor colocamos o que pretendemos fazer quando ele concorda acha que é uma boa idéia, ele nunca nos deixou na mão ele sempre dá sua parcela” (gerente A3).

“ [...] Eu acredito assim, pelo trabalho que eu faço, porque eu procuro assim está... é participando das atividades, do, do programa PSF, conhecendo também o que é o PSF, sabendo que, o principal objetivo do PSF é a prevenção, né? De doenças. Então, assim de certa forma eu contribuo, eu colaboro, né? Pra isso. Porque tanto eu aprendo, quanto eles também, pegam acreditam um pouco daquilo que eu faço, né? Que eu vivencio aqui ” (gerente B3).

“ [...] A própria comunidade incentiva, porque às vezes tem muitas coisas que a gente não tá sabendo, eles é quem trazem o problema pra gente e a gente tenta solucionar. Se não resolve todo, mais a gente procura da maneira do possível ajudar todos eles. Vem na secretaria, conversando com um, correndo atrás de outro. Essa é nosso dia-a-dia. Então, eles são uma ajuda muito importante, porque muitas coisas eles trazem pra gente que não é do conhecimento, até porque, o PSF não cobre toda a área, né? Tem áreas descobertas, mesmo sem ser, fazer parte do programa a gente tem que atender esse pessoal. Tem que ir na casa também. Porque eles ficam até assim: se meu vizinho é atendido no programa, eu não sou, por quê? Eles acham que é discriminação, né? Então a gente tem que dar um jeitinho sempre pra fazer alguma coisa pra eles. Então eles ajudam muito, a comunidade ajuda” (Gerente B4).

*“ [...] Aqui, a comunidade influencia muito em relação ao nosso trabalho. Porque a gente trabalha aqui de acordo com a necessidade. Então **pra** essa implementação ser mais digamos assim efetiva aqui na nossa área, a gente procurou pesquisar dentro da comunidade. Mesmo porque durante todo esse meu processo eu sempre*

aprendi que a comunidade é o essencial pra o trabalho, então antes dos preventivos nós fazemos reuniões; antes das gestantes nós fazemos reuniões. E essas reuniões, essas captações também do próprio agente nos ajudam muito. E uma experiência que eu tenho tido, é de reunir minha equipe toda semana: eu e os agentes de saúde. Toda sexta-feira a gente se reúne. Então isso tem me ajudado muito a perceber melhor as dificuldades da própria comunidade, né? E com isso tentar resolver os seus problemas. Isso tem me ajudado muito mais a implantar, né? A ideologia mesmo do PSF, do que antes quando eu não reunia todo tempo, né? “ (gerente A1).

“ [...] É, o papel acho do gerente é fazer essa ponte, essa ligação do técnico que tá atuando, né? longe como se diz assim, que a gente tá aqui a nível central e vinte e três equipes espalhadas e cada um em uma comunidade. Então, o papel do gerente é esse: captar todas essas atividades, os problemas, os avanços, os retrocessos que estão existindo nas pontas e trazer junto ao gestor pra análise, pra discussão e um retorno, né? na grande maioria das vezes positivo pra clientela e pro profissionais que estão atuando lá fora” (Gerente 04- Coordenador do PSF).

Olhando para essas falas, observamos que elas se encaminham para três direções:

- O auto-reconhecimento do gerente como um agente de grande importância, o que têm uma tendência mais para as relações de poder centralizadas;
- O reconhecimento de novos trabalhadores como os ACS implica, sem duvida, redimensionar as relações de saber e de poder, estabelecer espaços e possibilidades de troca entre trabalhadores que detêm parcelas diferenciadas de conhecimento e de poder;
- O reconhecimento da comunidade como um ator em potencial que imprime uma certa direcionalidade ao trabalho das equipes.

Nesse reconhecer-se como um ator em potencial que influencia o processo de trabalho das equipes da saúde da família, destacamos a narrativa que se segue.

“[...] Bom! A minha função de coordenador basicamente é de fiscalizar e fazer avaliações e detenção básica da equipe num setor, ou na comunidade. Bom! A situação é: se uma equipe está funcionando bem, a necessidade de vistoriar é bem menor. E enquanto que, uma equipe está funcionando regular, eu tenho uma função eu tenho toda a capacidade de argumentar, de levar dados, de informar, tá? E fazer a execução de uma boa administração a partir... no que diz respeito as equipes saúde da família” (Gerente 02- Coordenador do PSF).

Conforme verificado nesse depoimento, a compreensão desse gerente é bastante forte e o conduz para ações limitadas, no sentido de centralizar a influência como um potencial em si próprio, pela função de coordenador e pautada, sobretudo, no controle e na fiscalização utilizados aqui, como ferramentas indispensáveis para a gerência e que, desse modo, não

transforma, mostrando seu total desconhecimento do valor da equipe, no processo de trabalho em saúde.

Peduzzi (2001), ao estudar o trabalho em equipe, apresentou a tipologia desse trabalho distinguindo-o em duas modalidades de equipe: “equipe agrupamento” e “equipe integração”. Trazendo os critérios de reconhecimento, a saber: “a comunicação entre os agentes de trabalho; diferenças técnicas e desigual valoração social dos trabalhos especializados; formulação de um projeto assistencial comum; especificidade de cada área profissional; flexibilidade da divisão do trabalho e autonomia técnica” (p. 103). A primeira noção da equipe é caracterizada pela fragmentação, a segunda pela articulação consoante à proposta da integralidade das ações de saúde. Entretanto, cabe ressaltar que não foi foco de nosso estudo observar, de forma mais aprofundada, o trabalho das equipes da saúde da família, porém essas se tornam uma referência importante para percebermos como a equipe está sendo tomada pelos gestores e pelos gerentes para a constituição do gerenciamento do PSF, o que de certa forma vai mostrar a conformação da gerência ou dizer “a cara” dessa gerência.

Diante do reconhecimento dos diferentes atores que participam do processo de trabalho em saúde, é importante destacar que deve ser considerado um avanço porque implica em ampliar possibilidades de redimensionar as relações de saber e poder, em estabelecer espaços e possibilidades de troca entre trabalhadores que detêm parcelas diferenciadas de conhecimento e de poder.

Na saúde da família, essas questões mais do que nunca se fazem presentes, uma vez que há a promessa de uma organização do processo de trabalho que complete a construção de novos saberes para a intervenção no processo saúde-doença, tendo como foco a família, e a introdução de novos trabalhadores como o ACS e outras categorias profissionais. Isso pode ser um importante dispositivo para a construção de outra prática de trabalho que se centre na formação de equipes integração, fugindo da sua constituição como equipe agrupamento, assim

como de construção da Obra ³⁴1 pelo conjunto dos trabalhadores das equipes (MISHIMA, 2003, p.77).

Entretanto, cabe buscar construir coletivamente relações de trabalho, no sentido do aprendizado de conviver com as diferenças e as desigualdades presentes no saber e no fazer de cada trabalhador que compõe a equipe, e reconhecer as demandas explicitadas pela comunidade. Conclui-se que não é tarefa fácil e simples. Porém, esse é um desafio que se coloca para aqueles que estão atuando na Saúde da Família, quer sejam os trabalhadores de saúde, quer participem das equipes de saúde de família ou os que estão no âmbito da gerência. Nesse caso específico, os gestores e gerentes municipais de saúde.

Dessa forma, o aprender-se constitui em identificar e fazer uso de instrumentos, como as tecnologias leves para a produção do cuidado em saúde e da prática gerencial, ampliando as possibilidades de utilização da escuta, do vínculo, e de se trabalhar levando em conta a ampliação do coeficiente de autonomia responsável dos trabalhadores e dos usuários (MEHRY, 1997; CAMPOS, 1994).).

3.2.2.7 - Relações que se estabelecem no cotidiano da prática gerencial.

A prática gerencial, como uma ferramenta importante de transformação do processo de trabalho, deve ter como um dos instrumentos a construção de relações entre as pessoas, na comunicação entre os profissionais, por exemplo, passa a ser um determinador comum do trabalho em equipe, o qual decorre da relação recíproca entre trabalho e interação.

No entanto, essa comunicação pode manifestar-se de três diferentes formas: a primeira delas é aquela em que a comunicação aparece externa ao trabalho, a segunda é aquela em que

³⁴ Campos (2000, p.234) apresentando o método de Roda, como uma alternativa de co-gestão para os serviços de saúde define Obra como o reconhecimento tanto por parte do trabalhador como do usuário e da sociedade do resultado do trabalho. O conceito de Obra funciona como uma ponte entre a obrigatória produção de Valores de Uso e os Desejos e interesses dos trabalhadores.

ocorre a comunicação estritamente de caráter pessoal e a última forma é aquela em que a comunicação é concebida e praticada como dimensão intrínseca do trabalho em equipe.

Nesse sentido, Fortuna (1999) refere-se à equipe como relações de pessoas. Relações estas estabelecidas num dado local, num dado tempo, e com a finalidade de um fazer saúde. Trabalho em equipe é um trabalho de interrelações, relações de poder, relações sociais, interpessoais; de complementariedade, de competição, entre tantas outras.

A gerência, no dia-a-dia das unidades básicas de saúde, comporta esses vários tipos de relações, o que vai configurar o tipo de gestão e o papel dos dirigentes, enquanto gestor e/ou gerente dos serviços de saúde.

Essas relações de poder, de complementariedade, interpessoais: formais e informais foram identificadas nas falas dos gestores e dos gerentes municipais de saúde e durante as observações de campo.

“ [...] o papel do secretário de saúde é um papel de conduzir, liderar o processo, acompanhar ele. Não, ele precisa acompanhar, ele precisa contactar com o coordenador frequentemente pra sentir as dificuldades... o médico de família, o secretário ele tem que acompanhar. Nunca se deter. Só que analisar rapidamente, que tem que ser rapidamente os relatórios, os mapas que vem das equipes, não é? Ele tem que estar atento também, não é? Pra o desempenho dessas equipes e as falhas... É importante que ele tenha pra poder pegar esses dados, não é? E, a gente tem procurado vê isso no relatório exatamente pra cobrar das equipes, não é?” (Gestor 02).

“ [...] Então o secretário deve não só reunir com a equipe do PSF como o Conselho pelo menos uma vez por mês. Isso eu acho que é preciso... se alcançou, parabenizar, se não alcançou tentar solução pra melhorar porque todos os procedimentos são avaliados em cima daquilo que é planejado e deve ser alcançado [...] mas as decisões são tomadas entre os secretários, a fulano- coordenadora do programa de saúde da família e, quando há necessidade a gente chega até ao Prefeito pra comunicar e tomar as decisões, mas geralmente a gente decide entre: - o secretário, a coordenadora do programa de saúde da família e os colegas, a equipe ou as equipes dependendo da necessidade” (Gestor 03).

[...] Eu acho assim: eu já tive oportunidade de ser gestora durante nove meses aqui no município. E o papel que eu desenvolvi na época, eu acho que na minha opinião é o que deve ser (risos) assim, principalmente de uma relação de amizade acima de tudo, né? Todos os passos a gente tem que decidir junto com as equipes que estão lá na ponta, que estão sofrendo o dia a dia com a população, estão sabendo realmente o que a população está pedindo, está querendo e quais são os nossos limites. Eu acredito que é assim: através de reuniões mensais, através de visitas de inspeção no local de trabalho para avaliar tudo, desde a parte física aonde o profissional tá atuando o que está faltando ali pra melhorar e: e trocar idéias porque às vezes os profissionais que aqui... que trabalham em (disse o nome do município), eu sempre digo assim: que nós somos realmente uma terra abençoada a começar pelo nome do SANTO, né? porque as nossas equipes elas conseguem ser assim muito criativas

mesmo sem ter muito para oferecer em coisas materiais mas a criatividade supera. Então hoje nós temos oh, temos equipes que tem acupuntura, nós temos equipes que por si só tem grupos de idosos onde levam pra passeios em praias, em... sabe? fazem tipo um lazer com eles, isso mensalmente, rotineiramente; nós temos uma equipe de terapia ocupacional que trabalham junto com os idosos também na praia de X(nome da praia) quer dizer a gente que cada um consegue fazer alguma coisa diferente pra atender melhor aquela população, então, eu acho que isso difere um pouco o PSF de (disse o nome do município) dos demais, é essa criatividade, é tornar a coisa, é fazer a coisa apesar de todas as dificuldades, não cruzar os braços quando não se tem uma folha de papel, quando não se tem às vezes um receituário que faltou, uma caneta mas saber... não improvisar mas criar outro tipo de situações onde o paciente se sinta bem, saia de lá com... assim se sentindo que é gente, que foi valorizado. Acho que é essa valorização principalmente que eles dão a clientela é muito importante” Gerente 04 - Coordenadora do PSF.

“[...] Porque também a gente faz parte do conselho, e aí já ajuda, porque você dentro do conselho, você já tem um conhecimento de onde é que você pode ir; qual é a resposta que você pode dar. Então, a gente tenta ser também um agente, desburocratizador dessa máquina política aí que existe”(Gerente B3).

“ [...] E o conselho ele é atuante, os membros do conselho são todos capacitados, já participaram até de conferência em Brasília, é assim muito atuante, ele visita, ele faz reuniões itinerantes que eu acho uma coisa assim, bem saudável; ele vai a cada um dos PSFs, a cada mês ele elege uma comunidade, vai conversa com a população junto com os profissionais pra ver realmente como que tá sendo essa atuação lá do PSF pra aquela comunidade, o que está faltando, o que tem mais; em que eles podem ajudar pra coisa melhorar. Então eu acho que isso é bem saudável, é bem... é uma coisa positiva”(Gerente 04- Coordenador do PSF).

“ [...] A diretora nos fala: já fiz vários ofícios a secretaria de saúde, mas ainda não providenciaram os reparos. A diretora nos informa: a secretaria até atende os pedidos mas “o serviço não presta, pois vieram fazer a reforma em novembro de 2003”, e continua: “Eles vem, mas com 3 dias apresenta o mesmo defeito” (Observação de Campo do dia 04 de fevereiro de 2004).

“[...] Enf. gerente diz que pensou em ir falar com o secretario de saúde sobre as bicicletas dos agentes ou fazer um ofício, mas depois pensou em ir com um ACS ou melhor, com todos os Agentes; gerente fala quando a enfermeira comunica para ela que vai sair: aqui se trabalha em harmonia, elas me comunicam e o meu relacionamento com os médicos é bom pois peço para eles ir ver os pacientes e eles dizem: “você são moles e ainda amolecem a gente” (Falas resultantes da observação de campo).

“[...]Gerentes mostram as pastas com vários ofícios encaminhados à secretaria solicitando material de limpeza, expediente e medicamentos; gerente fala sobre a reunião com a coordenadora da secretaria de saúde e diz que entende que administrar é coordenar e supervisionar e não varrer o posto; gerente mostra ofício encaminhado a secretaria de saúde solicitando material permanente e limpeza do pátio da UBS” (Situações resultante da observação de campo)

Esses depoimentos expressam as relações existentes com as instituições, com os colegiados e, principalmente, com a equipe saúde da família.

Nesse sentido, as falas dos gestores 02 e 03 apontam mais para o as relações de poder cujo foco central dos trabalhos da equipe é a produtividade, enquanto que as falas dos

gerentes 04 e B2 encaminham-se mais para as relações de complementariedade que valorizam a interdisciplinaridade com articulação dos saberes e com a divisão do trabalho em saúde.

Esse campo das relações no gerenciamento do trabalho na saúde da família e no cotidiano das unidades básicas de saúde é muito rico e muito vasto, pois nos possibilita a captação e a apreensão de momentos contraditórios entre o discurso (fala) e a prática gerencial.

“[...] as decisões são tomadas assim: eu repito, já falei anteriormente, eu gosto muito de agir democraticamente, eu não gosto de nada que vem de cima para baixo, também eu não mando nada de cima para baixo, não imponho nada... Nós nos reunimos eu já digo o que é necessário fazer, o que eu quero que faça, eu entre aspas, né? O que a unidade precisa que seja feito... e também ouço opiniões... eu vou fazer reunião hoje á tarde, as ACS perguntam: não pode ser amanhã, porque fica difícil a gente avisar as outras; porém a enfermeira gerente responde: não, tem que ser hoje mesmo!” (Fala da enfermeira A3 e observação de campo na unidade A3).

Com relação às funções de planejamento, de organização, de coordenação e de controle, observamos que nas reuniões de trabalho das enfermeiras gerentes, o planejamento e a organização foram utilizadas como ferramentas para sistematização dos trabalhos.

“[...] A gente não vai se reunir duas vezes por mês? Que no nosso próximo encontro todo mundo já traga essa relação, que tem que ser pra logo, isso aí. São três coisas que eu quero que a gente se reúna para vê se muda a situação daqui da X (nome do povoado). A primeira, essa questão da multimistura pra gente tentar ter aqui no posto... pra quando a pastoral não ter como fornecer mais, que a gente tenha já uma pequena reserva pra poder fornecer pras criança, a segunda é de começar a orientar os adultos pra se vacinarem... a gente já comentou numa reunião aqui” (Observação de campo da UBS A3).

“[...] As atividades administrativas e assistenciais... Eu primeiro planejo, né. Quando sai daí, o planejamento. Que é todo final de mês quando pego a produção dos agentes... e a partir de então, eu vou planejar, e fazer todo o cronograma das atividades pro próximo mês. Então eu faço isso com quem? Junto com os agentes. Então programo as consultas dos médicos, as microáreas, que dia ele consulta aqui na sede, que dia ela vai para tal lugar, né? Marco com os agentes e vejo quantas gestantes agentes tem quantos preventivos... Então tudo parte daí, eles vão querer marcar, quantas pessoas têm em cada área dos agentes. Necessitando de fazer o preventivo a gente marca, se tem algum caso pra avaliação de hanseníase a gente marca. Então faz todo o cronograma no momento dessa guia que também é a reunião, né? É a reunião, entrega de produção onde a gente vai debater o que aconteceu durante o mês que passou e o que vai acontecer o mês seguinte programar. Então tudo parte daí “ (Gerente A2).

“[...] o folder sobre aleitamento materno, o cartão da mulher, o cartão de visita domiciliária do ACS à mulher, a ficha de atualização mensal do ACS são criações nossas (enfermeiras) junto com o pessoal da informática. Essas fichas e folderes são padronizados para todas as unidades de saúde, porque nós discutimos e depois de aprovadas, todas as unidades passam a utilizar” (Fala da enfermeira gerente A2 na observação de campo).

No processo de trabalho gerencial, é necessário adotar determinados mecanismos que venham propiciar o desenvolvimento da execução de práticas gerenciais, dentre eles citamos o planejamento visto como um dos instrumentos político-administrativos inerentes ao funcionamento de serviços de saúde.

O planejamento foi introduzido como elemento da reforma político-administrativo, destinado a dinamizar a operacionalização dos serviços de saúde, obtendo um pouco de previsibilidade no processo, considerando que o enfrentamento das dificuldades do cotidiano requer uma tecnologia de planejamento como instrumento de trabalho dos gestores e dos gerentes de saúde.

Para Huertas (1996) apud Ferraz (2002), planejar é pensar antes de agir, pensar sistematicamente, com método; explicar cada uma das possibilidades e analisar suas respectivas vantagens e desvantagens; é propor objetivos. É projetar-se para o futuro, porque as ações de hoje terão sido eficazes ou ineficazes, dependendo do que pode acontecer amanhã e do que não pode acontecer.

Contudo, esse pensar sistemático da dimensão estratégica situacional está fundamentado na teoria da ação e da produção social, diferenciando-se do planejamento normativo cuja essencialidade recai nos fundamentos teóricos da matemática e da economia.

Passos (2004), descrevendo as atividades na prática gerencial de UBS no Rio de Janeiro, destaca que dentre outras, o planejamento e a promoção de reuniões periódicas com a equipe foram uma das atividades relacionadas pelos entrevistados na sua prática gerencial. Essas constituem basicamente o cotidiano do gerente no desempenho de sua função.

Sendo assim, constatamos que as reuniões são dispositivos importantes para a gerência, tendo em vista a sua finalidade para as funções administrativas. Entretanto, mesmo conhecendo a importância e a necessidade dessas ferramentas na instância gerencial, notamos que o seu fazer está ainda tecnocrático.

Ressaltamos também que as reuniões de trabalho das equipes do PSF ainda não é uma realidade no município pesquisado, isto porque as reuniões foram feitas com as enfermeiras gerentes entre si, essas com os agentes comunitários de saúde e, esporadicamente, com os gestores - secretários de saúde – e coordenadores do PSF com as equipes, pois essas são mais em função de denúncia, de reclamação e com a equipe que apresentou o problema.

Observamos, portanto, que as reuniões dos enfermeiros com os agentes são feitas mais no sentido de avaliá-los, como aqueles têm que desenvolver o trabalho, sendo uma discussão muito restrita, um pouco no sentido instrução / supervisão.

Sendo assim, a ausência das reuniões de trabalho na prática gerencial dos gestores e dos gerentes com as equipes da saúde da família, na perspectiva da construção de uma gestão colegiada, é um indicativo que encaminha mais para equipe agrupamento, ao invés de equipe integração. Também não há o reconhecimento das possibilidades que se abrem com a Estratégia Saúde da Família, no sentido de uma organização do processo de trabalho que contemple a construção de novos saberes e novas práticas para a intervenção do processo saúde-doença, tendo como foco a família.

As relações são partes constitutivas do processo de trabalho e são matéria prima para compreender como está se dando a gerência, haja vista como nela se processam as relações de poder compartilhado, relativo, parcial, autoritário e departamentalizado. O tipo das relações encaminha para uma gestão participativa, democrática ou, pelo contrário, autoritária ou centralizadora.

Nesse sentido, ressaltamos as relações de poder que se estabelecem entre os gerentes, coordenadores do PSF e os diretores das UBS, no que se refere às decisões no âmbito do gerenciamento na saúde da família, que estão mais para o poder autoritário ou o departamentalizado.

“[...] as decisões são tomadas, olha, eu faço. Eu procuro falar com o coordenador do PSF, ele resolve os problemas. Às vezes tem o problema aqui da unidade. O que é da unidade eu resolvo, mas quando é... quando se diz PSF é o coordenador do PSF que resolve” (Gerente B2).

“[...] as decisões... Bom, aí nesse caso fica lá com a equipe, né? Eles decidem e passam para o coordenador e eles lá deliberam, dentro do que é possível. Eu sou informada. Então eu fico sabendo [...] com relação ao PSF ele usa a estrutura do Y(nome da unidade) mas acompanho a frequência dos profissionais e se a demanda é grande ou pequena, o atendimento, ou seja, sou olheira do PSF ” (Gerente B3).

“[...] A proporção que vai acontecendo um problema que a gente tem uma informação nova, aí se encaminha ou pro secretário ou pro fulano 9 nome do coordenador do PSF0 pra tirar alguma dúvida pra saber como deve proceder no dia a dia”(Enfermeira gerente A2).

Em outros momentos da observação de campo:

“[...] Eu não posso abrir mão, porque senão vira bagunça... Nesse momento, entra o coordenador do PSF e fala: “ não deve mesmo” e a mãe da criança sai reclamando e então a diretora nos olha e diz: “ eu cumprio ordem aqui o sistema de funcionamento é assim “ (Fala do coordenador do PSF e da gerente B3 na observação de campo).

Olhando para as falas dos gerentes B2 e B3 e comparando-as com a fala da enfermeira gerente A2, observamos que o coordenador do PSF só é acionado em função de uma informação nova. Já no outro exemplo, o coordenador é “ quem decide” ou seja, o gerente não tem nenhuma autonomia no gerenciamento do PSF.

A autonomia responsável é necessária para o trabalho gerencial, tendo em vista que o gerente representa, no nível local, a consecução das diretrizes políticas de saúde colocadas para as UBS.

Para que isso ocorra, é fundamental que haja transferência do poder, é preciso efetivar na prática dos serviços de saúde o processo de descentralização, de forma que, no nível mais periférico do sistema de saúde, o gerente tenha a capacidade de decidir. Em outros termos, Barbosa (1988), confirma a capacidade de manipular efetivamente os poderes técnico, administrativo e político em seu espaço específico de trabalho.

Dessa forma, a autonomia necessária ao desenvolvimento da ação gerencial é imprescindível, uma vez que a ausência dela inviabiliza a organização e o controle do processo de trabalho. Mas, quando falamos de autonomia, estamos nos referindo a uma

autonomia responsável e coerente com os princípios do SUS e que possibilita a construção de uma autonomia entre os trabalhadores, rompendo a tradição das escolas de administração e procurando combinar compromisso social com liberdade.

Mishima (1995) destaca que a autonomia pressupõe que o gerente desenvolva capacidade de identificar as diversidades de sua área de atuação, tanto no que se refere às peculiaridades da população abrangida com as disputas presentes nos espaços sociais internos e externos à unidade de saúde. Ela requer que o gerente seja um agente que detenha o poder de decisão para intervir de forma a atender às situações específicas que se apresentam.

Nessa diferenciação de autonomia, existe uma especificidade nos dois municípios observados, pois no município A o coordenador do PSF só possui o nível médio e os diretores das UBS são de nível universitário (enfermeiras), enquanto que no município B os diretores das unidades de saúde são de nível médio e o coordenador do PSF tem formação superior (enfermeiro). Essa particularidade com relação ao fato de ser ou não de nível superior exigiria um mergulhar mais profundo para compreendermos melhor se esse é, de fato, um diferencial importante para atuação dos gerentes coordenadores do PSF com relação aos diretores das unidades de saúde.

Reconhecemos a necessidade e a importância da formação para a função dos gerentes. Contudo, essa não justifica a centralização do poder em qualquer esfera da gerência.

Sendo assim, retomamos Campos (2000, p.169) que resume o papel da direção ³⁵ e de múltiplas dimensões: uma voltada para a gestão de modelos de atenção (modos de organizar os processos de trabalho objetivando a produção de valores de uso); outra especialmente concentrada em administrar pessoal (construção de equipes com autonomia e com responsabilidade); outra ainda, mais tradicional, de administração financeira e centrada na

³⁵ Entendida na perspectiva da gestão colegiada.

sobrevivência da organização; e, por fim, uma última de representação política nos Sistemas públicos, governos e sociedade, em geral.

Portanto, mais que um títere: um agenciador e um Organizador da Vontade e do Intelecto dos trabalhadores sob sua coordenação. Um gerente de relações, de interrelações, de diálogos e de trocas (CAMPOS, 2000, p.169).

Em suma, o gerente com esse perfil, com essa atuação passa a ser de fato um dos protagonistas para que a gerência seja uma ferramenta de mudança do processo de trabalho, com a intencionalidade do fazer saúde, centrado no cuidado.

3.2.2.8 - A Dimensão Gerencial na Saúde da Família: um instrumento de mudança?

A gerência em saúde é uma atividade meio, cuja ação central está posta na articulação e na integração e, ao mesmo tempo, que possibilita a transformação do processo de trabalho, é também possível de transformação mediante as determinações que se fazem presentes no cotidiano das organizações de saúde, ou seja, que se transforma diante da finalidade colocada para o trabalho.

Castanheira (1996b, p. 229) diz que “muitas vezes a gerência tem sido colocada como área estratégica para transformação das práticas de saúde. Pela sua posição intermediária entre as estimativas centrais, com poder de definição de diretrizes políticas, e a prestação direta de serviços, onde está imediatamente em contato com o processo de produção e com seus usuários, caracteriza-a como um pólo privilegiado para a tradução de políticas em formas concretas de organização de ações de saúde”

Nesse contexto, cabe à gerência um caráter articulador e integrativo, ou seja, a ação gerencial é determinada pelo processo de organização de serviços de saúde e determinante do mesmo, sendo fundamental na efetivação de políticas sociais, em especial, as de saúde. No entanto, em algumas situações, os escassos recursos de ordem organizacional, material,

cognitivo e, até mesmo ético, fazem com que o trabalho da gerência se reduza a controlar e a executar tarefas destinadas a alcançar o produto e o impacto esperados.

Ao visualizarmos a gerência como uma ferramenta importante do processo de trabalho e considerando os princípios do SUS e do PSF que apontam possibilidades de mudança por exemplo, a Saúde da Família, concebida pelo Ministério da Saúde como uma estratégia para a mudança do modelo assistencial (BRASIL, 1998), percebemos brechas para constituir um trabalho diferente, no qual o vínculo, a escuta, a responsabilização e as distintas formas de acolher o usuário são vistas como instrumentos para esse trabalho.

Assim, nessa pesquisa, trazemos algumas falas que sinalizam esses momentos de encontro dos gerentes com os usuários:

“[...] gerente saiu do consultório e percebeu que as gestantes estavam em pé e foi buscar um banco junto com a auxiliar de enfermagem para acomodá-las” (Situação resultante da observação de campo da Gerente A2).

“[...] gerente conversou com a gestante que faltava atender porque o carro chegou para buscá-la³⁶ mas antes ela perguntou para a gestante: você pode ficar no povoado até à tarde? E a gestante respondeu que sim. (Fala e situação resultante da observação de campo da Gerente A2).

“[...] Enfermeira gerente foi atender uma gestante que veio de longe, apesar de não ser o dia agendado pelo ACS, tendo em vista que cada agente faz um cronograma de atendimento das gestantes de suas áreas adscritas para serem atendidas na UBS” (Situação resultante da observação de campo da Gerente A2).

“[...] Enfermeira gerente fazendo uma palestra na escola numa visita a microárea se dirigiu para uma mãe que estava com uma criança desnutrida e chamou a ACS e perguntou: ela está fazendo a multimistura? Está ganhando peso? E a mãe e a ACS responderam que sim” (Fala resultante da observação de campo da Gerente A2).

“[...] a gerente está marcando consultas e chega uma senhora e fala: Eu quero um atestado medico. A gerente fala: a senhora deve ir lá na unidade de saúde X (nome da UBS) mas depois diz: espere, eu vou lhe levar na sala do médico auditor” (Fala e situação resultante da observação de campo da gerente B2).

“[...] enfª. gerente nessa tarde atendeu as gestantes e mais uma que não estava marcada e que veio mostrar os exames, embora tivesse dito que só atenderia as gestantes de primeira vez” (Situação resultante da observação de campo da gerente A3)

[...] enfª gerente atende um paciente portador de hanseníase que veio buscar medicação, mesmo que o dia oficial de entrega tenha sido no dia anterior e manda o ACS ver a medicação e conferir a cartela do medicamento; enfª. gerente vai falar com uma usuária que quer uma consulta médica e como não tem mais médico a

³⁶ Essa gerente trabalha na UBS localizada no povoado e às 12:40 horas o carro da secretaria de saúde vem buscá-la porque ela reside na sede do município.

encaminha para o hospital; gerente informa que também dá a medicação do PSF para os pacientes que não são cadastrados no Programa porque fica de coração partido; gerente conversa demoradamente com uma senhora que precisa de um atestado médico e resolve o problema encaminhando-a para um especialista na unidade de referência”(Situação resultante da observação de campo da gerente A1)

As atitudes das gerentes trazem explicitamente essa perspectiva de mudar o jeito de atender e de se relacionar com o trabalho da Saúde da Família, ou seja, o estabelecimento do vínculo com os usuários que representa uma ferramenta importante para a produção do cuidado.

Matumoto (1998, p.103) diz que “a proximidade com as famílias e aqui acrescentamos a relação com os usuários (grifo nosso) vai possibilitando estabelecer brechas no trabalho para a criação de uma relação diferente daquela presente nos serviços de saúde: fugaz, despersonalizada, centrada no recorte específico da queixa, da doença.

As observações de campo dentro das UBS e na área descrita, isto é, no acompanhamento do trabalho cotidiano dos gerentes foram de suma importância, pois possibilitaram captar o “como se dão as relações” que são constitutivas do trabalho e, nesse caso, do trabalho em saúde, onde o reconhecimento da existência de conflitos e de dificuldades são possibilidades de se constituir o novo, porque põem em evidência as diferenças e as desigualdades que marcam os trabalhadores de saúde que conduzem a gerência dos serviços de saúde:

“[...] dona fulana³⁷ (nome da usuária) o carro do PSF passa no sábado na hora que vier de X (nome do município) para apanhá-la para uma consulta na unidade porque a sua pressão está alta. E a senhora respondeu: Eu já combinei com dona cicrana (nome da vizinha) que vamos assistir a festa de São Francisco (padroeiro do povoado). A enfermeira gerente diz: não tem problema, pois a consulta na unidade é só pela manhã e depois da consulta à senhora e dona cicrana pode ir à festa, não se preocupe que o carro tem vaga para as duas. E a ACS fala: passe lá em casa junto com dona cicrana para tomar um café” (Gerente A2 e ACS).

³⁷ Essa senhora é deficiente visual e é uma paciente hipertensa e, nesta visita domiciliária, a equipe não foi completa, porque faltou o médico.

“[...] as vantagens do aleitamento materno para o bebê é porque ele fica mais sadio....vocês podem pensar que eu estou falando assim porque aprendi, realmente aprendi, mas eu vivi essa experiência e garanto a vocês que é uma alegria por causa do carinho entre mãe e filho e a criança que mama não precisa de chupeta,mamadeira, e nem de água até seis meses.” (Fala resultante da observação de campo da Gerente A2).

“[...] enfª gerente decidiu junto com a ACS que ela fosse todos os dias fazer a medicação do paciente portador de hanseníase; enfª gerente decidiu mandar o carro do PSF que estava na visita domiciliária na microárea levar um senhor que estava grave para o hospital na sede do município; enfª gerente decidiu passar em outro povoado quando vinha da microárea para uma visita domiciliar para o binômio mãe e filho que estava com 45 dias de nascido” (Situações resultantes da observação de campo da Gerente

A relação dos gerentes com os usuários, evidenciada nas falas, caracteriza o uso de tecnologias leves que possibilitam o trabalho vivo em ato.

Esses depoimentos conduzem a pensar e a reforçar as afirmações de Merhy (1997, 2002), quando o autor faz a distinção de trabalho vivo e trabalho morto, já referido anteriormente, e afirma que o trabalho vivo se faz presente com certa sabedoria, em saber ser e assim operar a produção de determinados produtos típicos deste trabalhador.

Na lida cotidiana da prática gerencial da Saúde da Família, observamos que acaba se convivendo com situações ou problemas expressos pelos usuários / equipes e que devem, portanto, ser considerados e administrados com flexibilidade.

“[...] Eu faltei porque tive problemas com o meu pai e estava no interior e não deu tempo chegar. A gerente falou: você pegou falta e eu não poso abonar, porque se eu tivesse sido avisada resolveria o problema, pois o setor ficou descoberto e eu tive problemas... E a funcionário falou: eu não vim pedir para abonar... e a gerente respondeu: tudo bem e depois quando ela saiu se dirigindo para mim disse: essa é uma funcionária problema” (Relação de conflito entre a auxiliar de enfermagem e a gerente. Situação da observação de campo da UBS B2).

“[...] entra na sala da enfermeira gerente um paciente e ela fala em voz alta: eu não disse que não era para ninguém entrar aqui e o paciente responde: se acalme dona fulano (nome da enfermeira) e a auxiliar de enfermagem diz: eu entrei aqui na sala para pegar o remédio e ele entrou junto.....a enfermeira nos olha e diz: vê se posso! E olhando para a auxiliar de enfermagem diz: você precisa fazer o seu serviço..... o mal dela é que todo mundo monta em cima dela, pois se ele falar mais alto, ela o coloca na frente de todo mundo... e sai da sala, fecha a porta e entrega a chave e vai para a sala da coordenadora da vigilância sanitária para fazer a produtividade e a auxiliar começa a chorar a recepcionista da marcação de consultas fala: se ela trabalhasse comigo eu não aceitava porque se quer chamar atenção, tem lugar certo, isso é questão de princípio..... uma vez eu disse isso para o meu chefe” (Gerente A1)

“[...] um senhor chega à unidade com uma criança para marcar uma consulta e não tem mais vez, porque já foram marcadas 25 consultas para o médico. O senhor se aborrece e fala alto: é caso de emergência e eu quero a consulta. A gerente ao nos ver fala: ele está fazendo a maior confusão, chega com uma criança com escabiose e diz ser emergência. Aqui é assim, chega sem marcar e quer a consulta de qualquer jeito” (Gerente B4).

“[...] enf. gerente e o ACS conversam com uma senhora da comunidade na visita domiciliária da microárea que veio consultar, porém não tinha marcado antes com o agente e a enf. gerente diz para ela ficar que será atendida no final, mas a senhora se aborrece e vai embora”(Fala resultante da observação de campo na microárea X)

[...] gerente fala para auxiliar de enfermagem que quando a senhora que está de carro entrar no consultório médico e quiser 02 consultas é para dizer para a médica que foi o ACS que marcou e não a gente (pessoal da UBS)”(Fala resultante da observação de campo na UBS B3)

[...] enf. gerente foi pegar o livro de frequência e verificou que a auxiliar de enfermagem não fez a abertura correta do livro de planejamento familiar e reclamou para ela e a aux. não gostou e falou: “tem outro livro, ela que não quer usar”; gerente foi chamada pela auxiliar de enf. para atender a médica do PSF porque as pessoas marcam a consulta para uma criança e entram com duas para consultar; enf. gerente da UBS A ao ver a enf. gerente da UBS B na porta do hospital fala sobre a perda das vacinas porque a aux. de enfermagem da sua unidade não havia colocado na geladeira e que ela não saberia como justificar para a secretaria estadual de saúde” (Situação e falas resultante da observação de campo no município A).

“[...] enf^a gerente encontra-se na sua sala fazendo a produtividade e a recepcionista informa para uma senhora que chega à UBS a procura da enf^a, a dona fulana disse que não é para ninguém ir falar com ela, porque senão não termina o consolidado; a enf^a gerente é procurada por uma senhora que chega a UBS e a recepcionista fala na frente da senhora: ela não quer ser interrompida, não está para ninguém; gerente olha para a zeladora e fala sobre o seu atraso e ela responde: eu já passei por aqui e fui levar meu filho para a escola. A gerente entra na sua sala e fala: aqui tem funcionário que só eu mesmo, pois eu já fiz foi dizer na secretaria de saúde que os funcionários que vocês não querem jogam no Posto, pois dona L (gerente do posto X) não quer, dona M (gerente do Posto Y) não quer, e dona N não quer no posto Z”(Situação e falas resultante da observação de campo nos municípios A e B).

“[...] gerente e enfermeira falam sobre o coordenador do PSF e a gerente diz: eu enfrento o fulano (nome do coord do PSF) mesmo, pois ele tem que falar comigo para eu falar com o pessoal. Eu já fui a casa dele para enfrentá-lo porque soube que ele disse que a enfermeira que tinha saído daqui por minha causa”(Fala resultante da observação de campo da gerente e enfermeira da UBS B2).

A explicitação desses conflitos é importante porque nos leva a pensar que se a prática gerencial da Saúde da Família estivesse pautada no método de Co-Gestão ³⁸ esses conflitos seriam matéria prima para serem trabalhados em espaços coletivos, uma vez que “o método pretende tornar explícito esse dilaceramento, pois isto implica em reconhecer, em qualquer

³⁸ Ver

CAMPOS, G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo, Hucitec, 2000.

contexto, as divergências de interesse entre os agentes de produção e o público. A solução para tal tipo de conflito não estaria em ignorá-lo ou no esmagamento puro e simples do segundo elemento da equação’’ (CAMPOS, 2000, p.128).

Para se desenvolver esse método da co-gestão precisaria ser posto como uma ferramenta do plano de ação e agregar novos saberes à prática da gerência e buscar auxílio externo denominado por Campos (2000) de Apoiador Institucional.

Em tese, ’’o método pode tanto ser auto-aplicável quanto contar com a figura de um ou mais Apoiador Institucional. No primeiro caso, a direção e as Equipes auto aplicariam o Método na co-gestão de suas próprias Unidades de Produção; no segundo seriam apoiados por agentes externos. Há vantagens e desvantagens em cada uma das situações. A presença de um Apoiador Institucional implica sempre a possibilidade de controle sobre o grupo, por outro lado, facilita a abertura de linhas de comunicação truncadas (o papel de mediador) e amplia o leque de Ofertas que o grupo haveria de considerar e com que lidar (incorporação crítica da racionalidade e demandas estranhas à Equipe)’’(CAMPOS, 2000, p.186).

O Apoiador Institucional desempenha funções nas equipes, ajudando-as na gestão e organização de processos de trabalho.

O Método trabalha com Coletivos em processos de organizar-se. Todos os procedimentos metodológicos sugeridos, portanto, pressupõem o trabalho em grupo, apostando na construção de espaços coletivos e em um sistema de co-gestão.

Sendo assim, segundo o autor tornar ’’este conflito explícito para melhor tratá-lo, para melhor inventar arranjos que lidem com esta polaridade de forma produtiva, este é o objetivo central do método, para organizar e gerir instituições’’ (CAMPOS, 2000, p.129)

Nessa perspectiva, ou seja, do Método da Co-Gestão ou Gestão Compartilhada, a gerência é um instrumento potente para operar mudanças nas práticas de saúde direcionadas para o acolhimento e cuidado, tendo como foco principal o usuário e a família.

Desse modo, concordamos com Fracolli e Egry apud Passos (2004) quando dizem que o processo de trabalho de gerência em UBS (e acrescentamos na Saúde da Família) envolve um duplo movimento: de um lado, a execução de práticas gerenciais que tomam como seu campo de ação o território de formulação e decisão política e, de outro lado, o território de práticas gerenciais que enfrentam o fabricar “bens” do trabalho em saúde. O que condiz com o ponto de vista de Merhy de que o processo de trabalho de gerência em uma UBS torna-se o lugar de possíveis intervenções impactantes sobre a política e sobre o modelo de atenção a saúde (MERHY 1997).

Capítulo IV

Considerações Finais

O trajeto percorrido nesse estudo mostrou que a gerência pode ser uma ferramenta importante para a transformação do processo de trabalho e pode promover mudanças e/ ou legitimar situações dadas.

Constatou-se que no gerenciamento da estratégia da saúde da família, é presente a lógica da produção do modelo assistencial hegemônico, com uma gerência tradicional do tipo taylorista. Contudo, observamos que o fazer saúde dos gestores e dos gerentes na saúde da família e as suas concepções sobre modelos assistenciais, com grande enfoque para o acesso, para a prevenção e para a atenção básica, etc., se traduz numa prática gerencial que vai em direção da subjetividade, que é trabalho vivo; o que de certa forma, creditamos às brechas que se abrem com o PSF em função dos princípios do vínculo, do acolhimento e da responsabilização.

Porém, reconhecemos que a mudança do modelo assistencial não se dará com a implantação e/ou implementação do PSF, é necessário ter consciência que essa mudança é um processo mais complexo, porque é uma tarefa coletiva e que se viabilizará a partir da reorganização do processo de trabalho de todos os profissionais de saúde centrado no uso de tecnologias leves e criando relações intercessoras entre trabalhadores / usuários, sem descartar também reformas macro estruturais.

As observações de campo mostraram que, para haver a reorganização do processo de trabalho de todos os profissionais de saúde, será necessário pensar num trabalho de equipe integrada, participativa, construindo um núcleo cuidador, saindo exclusivamente do campo de uma prática estruturada com um conhecimento também estruturado e agregar uma prática de relações, ou seja, um trabalho que se vai construindo através de um processo dinâmico, de interação entre as pessoas e as condições do meio em que se inserem, lançando mão de tecnologias leves como o acolhimento e construindo um novo modo de produzir saúde. Isso possibilita a operacionalização dos serviços de saúde com qualidade e eficiência, diminuindo

as probabilidades dessa equipe produzir saúde centrada no modelo hegemônico, de caráter fragmentador onde a lógica da produção dos atos em saúde é resultante das ações de distintos tipos de trabalhadores para a produção, o gerenciamento do cuidado e as intervenções mais restritas e presas às competências específicas de alguns deles, em torno do usuário.

Consideramos que esses resultados se encaminham para o primeiro pressuposto que esclarece: a ação gerencial local pode apresentar potência para a transformação do modelo assistencial, tendo em vista o seu caráter técnico, político, comunicativo e compromissado com os trabalhadores de saúde e usuários.

Os resultados desse estudo também mostraram que a prática gerencial ainda está pouco centrada nas tecnologias leves. Entretanto, foi possível observar vários momentos do emprego das tecnologias leves, ou seja, do trabalho vivo. Mesmo sendo ações que ainda não se configurem na totalidade da gerência, porém são ações que possibilitam uma recomposição do trabalho e um agir cotidiano como força de mudança, o que confirma o nosso segundo pressuposto. Esse estabelece que a função gerencial dos gestores e dos gerentes, enquanto protagonistas no fazer saúde, a partir de uma compreensão do PSF, como estratégia de mudança e/ ou reorientação do modelo do SUS, pode levar a redefinição do papel gerencial centrado nas tecnologias leves -das relações- possibilitando, assim, uma recomposição do trabalho e um agir cotidiano como força de mudança.

Para que a gerência tenha um papel de articulação das relações entre os trabalhadores, tecnologias e projeto político assistencial, no sentido da produção de serviços que atendam de fato as necessidades de saúde da população, será necessário utilizar-se cada vez mais de tecnologias leves no cotidiano da prática gerencial, objetivando com isso estabelecer relações horizontais e simétricas com a equipe, usuários e a família.

Mediante as observações das atividades realizadas pelos diretores das UBS e de acordo com a fala dos gestores e dos gerentes municipais verificamos que a gerência está

centrada na lógica tradicional, porém com perspectivas de mudança, uma vez que na prática cotidiana dos gerentes já existem algumas brechas que sinalizam o estabelecimento dessas relações mais acolhedoras com os usuários e com a família. Entretanto, observamos que nas atividades da organização do processo de trabalho, infra-estrutura e planejamento do serviço se concentra o maior volume de atividades, cujo campo de competência e de responsabilidade é comum aos gerentes, independe da categoria profissional.

Esse grupo de atividades realizadas pelos gerentes, o qual denominamos de dimensão técnica da gerência, ela constitui o núcleo duro da gerência, isto é, as tecnologias duras, nas quais estão evidenciadas as ações burocráticas, o trabalho morto, a produtividade como foco central do gerenciamento da saúde da família e a lógica da Administração Taylorista. Destacamos que a falta de recursos materiais, infra-estrutura, medicamentos e de recursos humanos se constitui uma das grandes limitações para a operacionalização dos serviços de saúde. Isso se torna um peso gerencial para os diretores das UBS e os mobilizam com sentimento de grande impotência e de responsabilidade individual.

Dessa forma, percebemos que a gerência das UBS, na esfera local, é tomada como uma ação individual, portanto, não compartilhada, e que fica circunscrita às tecnologias duras em que se empregam muito tempo e se desperdiçam muita energia, em função do trabalho morto.

Essas dificuldades, associadas a um conjunto mais complexo: de relações de poder instituídas entre gestores e gerentes, em que as formas de controle superam a flexibilização e a autonomia responsável dos trabalhadores, tudo isso nos levou a uma reflexão sobre esse estilo de governar e para uma constatação do quanto ainda é hegemônico o pensamento da gerência clássica, E, sendo assim, concordamos inteiramente com Campos (2000) quando diz que o pensamento da Administração Científica imprime um estilo de governar e que seus princípios gerais não foram superados. Mesmo que o campo da gestão tenha se ampliado, a

disciplina e o controle continuam sendo o eixo central dos métodos de gestão. O autor denomina esse eixo conformador do taylorismo de “Racionalidade Gerencial Hegemônica” (CAMPOS, 2000, p. 23).

Constatou-se também que a gerência dá uma direcionalidade ao processo de trabalho, que nesse caso, isto é, no âmbito local se encaminha mais para uma prática gerencial voltada para uma lógica da produtividade como: conferência diária das consultas médica, de enfermagem e de todos os procedimentos realizados nas UBS para a elaboração do boletim de produção ambulatorial, a produção dos ACS, a preocupação com o número dos exames preventivos realizados, o número de pacientes com diabetes e com hipertensão cadastrados para recebimento da medicação, etc.; e da administração financeira centrada na sobrevivência da organização. Essa nada mais é que uma visão de direção bastante tradicional e que, na gestão compartilhada, outras questões têm que estar presentes, principalmente uma atenção usuário centrado.

Para essa gestão o que se espera do gerente, hoje, é que ele tenha a capacidade de decidir no seu espaço de trabalho e, segundo os dizeres de Campos (2000), que ele seja um agenciador e um organizador da vontade e do intelecto dos trabalhadores sob sua coordenação.

Olhando para essa dimensão, constatamos que não é a realidade do nosso universo pesquisado, pois observamos que existe um longo caminho a ser percorrido, tendo em vista que há uma centralização do poder no processo de gerenciamento da saúde da família, embora haja um discurso democrático e descentralizado.

Na prática gerencial dos gestores e dos gerentes, e aqui explicitamos, principalmente na dos coordenadores do PSF e a dos diretores das UBS, evidenciamos a ausência de autonomia responsável para que se tomem decisões no gerenciamento do PSF. Isso compromete a prática gerencial desses gerentes, uma vez que a autonomia é necessária para a

definição de ações prioritárias para a assistência à saúde, no âmbito da área de abrangência das UBS.

E, ainda que o desempenho dessa autonomia, ou seja, o saber decidir, o poder decidir e o querer decidir impliquem no exercício permanente das capacidades: política, estratégica, técnica, comunicativa e habilidades pessoais (MISHIMA, 1995).

Portanto, para que a gerência seja uma ferramenta importante para a transformação do processo de trabalho na esfera local, é preciso que os gestores responsáveis pela política de saúde das secretarias municipais de saúde deixem de ser aprisionados pelo núcleo duro da gerência, e apresentem propostas, tais como: o melhoramento da planta física, o suprimento e a manutenção de materiais de consumo, os insumos, os equipamentos e os medicamentos que são instrumentos necessários para o trabalho da equipe da saúde da família. Isso exige uma valorização pelo poder municipal como uma estratégia de mudança o que corresponde a uma desmistificação por parte dos gestores e dos gerentes que concordam ao afirmarem que fazer atenção básica é mais barato, o que na verdade é um grande equívoco. Precisam também apresentar propostas coerentes com a finalidade do trabalho e construídas em conjunto com os diversos atores sociais envolvidos.

Os gestores devem instituir e/ou ampliar o coeficiente de liberdade e de autonomia dos gerentes municipais de saúde, permitindo-lhes assim uma autonomia responsável que pressupõe capacidade de responsabilizar-se pelos problemas dos outros, pelo interesse e pelo envolvimento dos agentes nas ações coletivas.

Entretanto, mesmo com essa realidade, não podemos deixar de destacar os avanços que ocorreram na gerência dos serviços de saúde com a implantação e/ ou implementação do PSF, como por exemplo, o reconhecimento dos gestores e dos gerentes sobre a importância dos ACS e da própria comunidade como atores em potencial e que exercem um papel importante no processo de trabalho das equipes de saúde da família. Essas são, portanto, as

brechas que se abrem com a Saúde da Família tendo em vista os seus princípios, assim como os espaços intercessores que se estabelecem no campo das relações dos gerentes com os usuários que representam, sobretudo, o uso de tecnologias leves e que é trabalho vivo.

Diante de todas essas evidências, consideramos que o nosso terceiro pressuposto que esclarece: a gerência pode cumprir seu papel transformador operando mais no âmbito das tecnologias leves e indo assim, noutra direção que não a do controle pelo controle, legitimando-se com ações que apontam caminhos para a direção da execução de sua autonomia e de sua participação nas decisões. Desse modo esse pressuposto não se confirma quando o tomamos na sua totalidade, entretanto, existem ações que mesmo sendo pontuais, como as relações intercessoras, de vínculo e de acolhimento, já caracterizam essa perspectiva de mudança.

Sendo assim, o fazer saúde dos gerentes, pautado nas tecnologias leves, coincide com Franco e Mehry (1999) quando dizem que todo profissional de saúde, independentemente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde, é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente e, portanto, deve ser capacitado, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilização e vínculo.

Olhando para esses resultados e retomando o quarto pressuposto que estabelece que a gerência local é um instrumento necessário e uma ferramenta importante, e que pode imprimir uma certa direcionalidade ao processo de trabalho em saúde nas unidades locais voltadas para a produção do cuidado da saúde da família, confirma-se parcialmente. Observamos que os gerentes estão voltados para a produção do cuidado, mesmo que não seja da família, mas individualmente com os usuários, através das relações instituintes entre ambos.

Nesse sentido, as gerentes enfermeiras, que são da equipe da saúde da família, através das visitas domiciliares e da assistência prestada dentro das UBS, conseguem estabelecer as

relações de vínculo, de acolhimento e de responsabilização com o usuário, ou seja, criar esses espaços intercessores que caracterizam o trabalho vivo em ato.

Diante disso, acredita-se numa prática gerencial assentada nas tecnologias leves o que permite situar o gerente da estratégia da saúde da família para o cuidado da família. Aqui está a possibilidade efetiva do PSF ser espaço instituinte de intersubjetividade.

Assim, considera-se que o processo de trabalho da gerência nas unidades gestoras: secretarias de saúde e unidades básicas de saúde tornam-se lugares de possíveis intervenções impactantes sobre a política e sobre o modelo de atenção a saúde.

Para isso se faz necessário instituir arranjos organizacionais democráticos, procurando redistribuir cotas de poder de modo mais igualitário, trabalhando-se com a noção de gestão participativa, ou seja, com a idéia de poder compartilhado.

Reconhecemos que a gerência pode ser uma ferramenta importante na transformação do processo de trabalho, à medida que alcança a superação da racionalidade gerencial hegemônica e institui novos arranjos institucionais e novas estruturas organizacionais. Trata-se de uma tarefa que necessita de uma construção coletiva dos dirigentes /trabalhadores e usuários, e que se constitui um grande desafio para a gestão compartilhada.

Esses novos arranjos institucionais e novas estruturas organizacionais poderão estar pautados na construção de um projeto assistencial coletivo que atenda as necessidades da população, possibilitando uma recomposição do trabalho voltado para a integralidade e um agir cotidiano com força de mudança. Dessa forma, trabalha-se com a possibilidade de se pensar numa gerência, que não utiliza os meios administrativos para subordinação dos trabalhadores de saúde e com a perspectiva de criar mecanismos de funcionamento do sistema, na qual esses trabalhadores sejam um dos principais sujeitos do processo de mudança..

Verificamos que existe perspectiva de mudança no gerenciamento da saúde da família, à medida que, se encaminha para uma gestão compartilhada e que o gerente tem um papel importante nessa gestão participativa. Por isso, no seu cotidiano deverão ser instituídos encontros entre gestores, gerentes, trabalhadores de saúde, equipe do PSF e usuários, de modo que esses encontros se constituam em espaços de análise para tomada de decisão e para implementação de tarefas.

Resumindo, podemos dizer que no sistema de Gestão Colegiada tenta-se distribuir melhor o poder, porém espera-se dos dirigentes inovação, dinamismo e liderança.

Dessa forma, concordamos inteiramente com CAMPOS quando coloca que

cabe aos dirigentes, particularmente na área de serviços, cuidar dos padrões éticos e de responsabilização dos trabalhadores diante de suas clientelas.....Descentrar o foco da gestão, retirando-o da gestão de coisas, ou de tarefas, ou de procedimentos, centrando-o em administrar relações interpessoais e os resultados dessas relações (2000, p.168).

Concluindo, dizemos que o papel dos gestores e dos gerentes na gestão compartilhada passa a ser um dispositivo importante, uma vez que agindo dessa maneira estaria rompendo com a racionalidade gerencial hegemônica e fazendo uso do aspecto positivo do poder descentralizado, envolvendo toda a equipe da saúde da família para um projeto assistencial coletivo e, conseqüentemente, mudando a prática atual de produzir saúde.

Capítulo V
Referências

AGUIAR, D. S. **A saúde da família no Sistema Único de Saúde: novo paradigma?** Rio de Janeiro, 1998. 163p. Tese (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz/ENSP, Rio de Janeiro, 1998.

ALMEIDA, M. C .P. **O Trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva. Rede Básica de Ribeirão Preto.** 1991. 297p. Tese (Livre-docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

ALMEIDA, C. M. A reforma sanitária brasileira: um trajeto de mudança. Série Estudos: Política, planejamento e gestão, n. 1, Rio de Janeiro: DAPS/ENSP, 1993.

ALMEIDA, M. C. P. et al. Gerência na rede básica de serviço de saúde em Ribeirão Preto- um processo em construção. **Rev Bras de Enfermagem**, Brasília, v.47, n.3, p.278-286, jul /set. 1994.

ALMEIDA, C. M. **As reformas sanitárias dos anos 80: crise ou transição?** 1995.180 p. Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M.; PEDUZZI, M. A pesquisa em enfermagem fundamental no processo de trabalho: em busca da compreensão e qualificação da prática de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 51^a ; CONGRESSO PANAMERICANO DE ENFERMAGEM, 10^o , Florianópolis, 1999. **Resumos.** p. 259-277. Florianópolis: ABEN, 1999.

ALMEIDA FILHO, N. **A ciência da saúde.** São Paulo: Hucitec, 2000. 245p.

BARBOSA, P. Gerência de serviços de saúde: competência política ou capacidade administrativa. **Saúde Debate**, n. 23, p. 79-81, 1988.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2004.

BERTOLOZZI, M. R. et al. Classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva: cenário São Paulo. In: CHIANCA, T. C. M.; AUTUNES, M. J. M. (Orgs.) **Classificação internacional para a prática de Enfermagem em saúde coletiva no Brasil:** CIPESC/Brasil. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999. Serie Didática – Enfermagem no SUS, p. 45-269.

BERTUSSI, D. C.; MISHIMA, S. M. O desenvolvimento gerencial como intervenção estruturante da atenção básica de saúde. In: CONGRESSO NACIONAL DA REDE UNIDA 5; CONGRESSO NACIONAL DE REDES EM SAUDE 1; MOSTRA PARNAENSE DE SAUDE DA FAMILIA 2, Londrina, Paraná. **Relatório final da Oficina de Trabalho.** Londrina, 2003. p.1-18.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do SUS 01/93. **Diário Oficial da União**, Brasília, nº 96, 24 de maio 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Norma Operacional Básica do SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, 06 de novembro 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da assistência a Saúde. NOAS. SUS 01/01. Brasília: Ministério da Saúde, março de 2001b. 85p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da assistência a Saúde. NOAS. SUS 01/02. Brasília: Ministério da Saúde, março de 2002a 75p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Gestão**. Departamento de Atenção Básica, 1998 - 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez centros urbanos**. Síntese dos principais resultados. Ministério da Saúde . Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Sara Escorel (coordenadora). Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em; Departamento de Atenção Básica.- Programa de Saúde da Família Acesso em: março 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS / Caminhos para a educação permanente em saúde / Pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. 49 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A produção sobre Saúde da Família**. Brasília: ABRASCO, 2003c. 193 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Políticas de educação e desenvolvimento para o SUS / Caminhos para a educação permanente em saúde / Pólos de educação permanente em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 64 p.

CAMPOS, G. W. S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: HUCITEC, 1991.180p.

CAMPOS, G. W. S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1992.

CAMPOS, G. W.S. Considerações sobre o processo de administração e a gerência dos serviços de saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MERHY, E. E.; NUNES, E. D. **Planejamento sem normas**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, G. W. S. Desafios para novos modelos de gestão: prioridade é fortalecer a rede básica. **Temas**, v. 15, p.23, 1997a.

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

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, M. S. N. V. Gestão organizacional estratégica: a questão dos recursos humanos e do desenvolvimento gerencial. **Rev. Admin. Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.1, p. 70-77, jan/mar. 1999.

CASTANHEIRA, E. E .L. **Gerencia do trabalho em saúde: desenvolvimento histórico da administração em saúde nos serviços públicos do Estado de São Paulo**. São Paulo, 1996. 185p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996a.

_____ A gerência na prática programática. In: SCHRAIBER, L. R.; NEME, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Orgs). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo: HUCITEC, 1996b. Cap. 5, p. 222-233.

CASTRO, C. G. J. O planejamento em saúde na construção de mudança de modelo de atenção ao Sistema Único de Saúde – SUS. **Ci. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 258-260, 1999.

CECCIM, R. B. Inovação na preparação de profissionais de saúde e a novidade da graduação em saúde coletiva. **Bol. Desenv. Saúde**. v. 16, n. 1, p. 9-36, 2002.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção a saúde: In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CHIESA, A. M.; FRACOLLI, L. A. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. **Rev. Bras. Saúde da Família**, edição especial, p. 42-49, 2004.

CHIZZOTI, A. **A pesquisa e ciências humanas e sociais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cad. Saúde da Família**, Brasília, ano 1, n.1, p.10-15, 1996.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Rev. Admin. Pública**, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun. 1992.

ELIAS, P. et al. A. A implantação do Programa Saúde da Família na metrópole paulista 2001-2003. **Rev. Bras. Saúde da Família**, edição especial, p. 62-71, 2004.

ENRIQUÉS, E. O vínculo grupal. In: LEVY et al, / MACHADO et al (orgs). **Psicosociologia** : análise social e intervenção. Petrópolis: Vozes, 1994. 247 p.

FERRAZ, C. A. **Ensaio sobre reforma política-administrativa hospitalar**: análise sociológica da transição de modelo de gestão. 2002. 157 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

FLEURY, S; CARVALHO, A. I. Municipalização da saúde e poder local no Brasil. **Rev. Admin. Pública**, v. 31, n. 5, p. 21-24, 1997.

FORTUNA, C. M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde**: produzindo e reproduzindo- se em subjetividades e em busca do desejo, do devir e de singularidades. 1999. 236 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

FRACOLLI, L. A. **Processo de trabalho de gerência**: possibilidades e limites frente a reorganização do trabalho na rede básica de saúde em Marília. São Paulo, 1999. 212 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG); São Paulo, 1998. **Cad. Saúde Pública**, n.15, abril-junho. 1998.

FRANCO, T. B. **Os processos de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde**. Campinas, 1999. Tese (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, 1999.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. PSF: contradições de um grupo destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. Campinas, 1999.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1992

IBGE. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Estatísticas do registro civil 2001: a dinâmica da população pelos seus registros. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 22 mar. 2004.

JUNQUEIRA, L. Gerência dos serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 247-259, 1990.

JUNQUEIRA, L.; INOJOSA, R. M. Gestão dos serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica da eficiência. **Rev. Admin. Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 20-31, abr./jun. 1992.

KLIKSBERG, B. A gerência na década de 90. **Rev. Admin. Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p. 59-85, jan./mar. 1988.

L'ABBATE, S. Comunicação e educação: uma prática de saúde: In MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997.

LEUCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. **Cad. Saúde Família**, Brasília, ano 1, n.1, p.3-8, 1996.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. **A pesquisa em educação**: abordagem qualitativa. São Paulo: EPU, 1986. p. 11-24.

MALIK, A.M.; VECINA NETO, G. Desenhando um caminho alternativo para a gerência de serviço de saúde. Brasília: Cadernos da IX Conferência Nacional de Saúde, 1993.

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Bertrand, Brasil/DIFEL, 1987. 360p. Livro 1, v.1, p.379-380.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que mereçam ser definidos: In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado**. Rio de Janeiro: UERJ-IMS: ABRASCO, 2001. p. 30-64.

MATTOS, R. Desenvolvimento de recursos humanos e mudança organizacional. Rio de Janeiro: LTC/ANFUR, 1985. Gerência e Democracia nas Organizações. 2^a ed. Brasília. Ed. Livros. Ltda.1988.

MATUMOTO, **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade básica de saúde. 1998. 225 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MATUS, C. Política, planificação e governo. Brasília: Ipea, 1996.

MENDES, E. V. **Importância de los sistemas locales de salud em la transformacion de los Sistemas Locales de Salud**: conceptos, métodos, experiencias. Washington, 1990. p. 20-27. Publicación Científica, n. 519

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.

_____. **Atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 52 p.

MENDES- GONÇALVES, R. B. **Medicina e história: raízes do trabalho médico**. São Paulo, 1979. 209 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

_____. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. Cad. CEFOR, série textos n.1, São Paulo, 1992.

_____. **Tecnologias e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec – ABRASCO, 1994.

MERHY, E. E; CECÍLIO, L. C. O, NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecnoassistencial de política de saúde em defesa da vida: contribuição para a conferência de saúde CEBES. **Saúde em Debate**, n. 33, p.83-89, 1991.

_____. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde em defesa da vida (ou em aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca de qualidade das ações de saúde). In : CECÍLIO, L. C. O. (Orgs). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. Cap. 3, p.117-160.

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.

_____. **A gestão do cotidiano em saúde e o ato de governar as tensões constitutivas do seu agir: desafio permanente das estratégias gerenciais adotadas**. Campinas, 1998. (Mimeografado).

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

MINAYO, M. C. de S.; SANCHES, E. Quantitativo – qualitativo: oposição ou complementariedade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n.3, p- 9-15, jul./dez. 1993.

MINAYO, M. C. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: ABRASCO, 1996a.

_____. Ciência, técnica e arte: o desafio de pesquisa social. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1996b. Cap.1, p. 9-29.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento: metodologia de pesquisa social (qualitativa em saúde)**. 5ª ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1998.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7ª ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 2000. 269 p.

MISHIMA, S. M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 1995. 300 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

_____. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde: o caso do Programa de Saúde da Família**. Ribeirão Preto, 2003. 189 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

_____. et al. A classificação internacional para a prática de Enfermagem em saúde coletiva no Brasil. CIPESC – Apresentando o cenário de pesquisa do Município de Ribeirão Preto. In: CHIANCA, T. M.; ANTUNES, M. J. M. (Orgs) **Classificação internacional para a prática de Enfermagem em saúde coletiva no Brasil**. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1999. p. 2004-2444. Série Didática – Enfermagem no SUS.

MISOCZKY, M. C. A medicina da família, os ouvidos do príncipe e os compromissos com o SUS. **Saúde em Debate**, n. 42, p. 40-44, 1994.

MORIN, E. A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. 128p

MOTTA, P. R. **Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: Record, 1999. 256 p.

OLIVEIRA, M. S. de. A academia apostando na estratégia da Saúde da Família. **Rev. Bras. Saúde da Família**, n. 3, p. 46-52, 2000.

PAIM, J. S. **Medicina familiar no Brasil: movimento ideológico e ação política**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1986. p.11-25. *Estudo de Saúde Coletiva*, 4..

_____. Políticas de Saúde no Brasil ou recusando o apartheid sanitário. **Ci.encias Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p.18-20, 1996.

_____. A organização em serviços de saúde: modelos assistências e práticas de saúde. In: PAIM, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. 447 p.

PASSOS, J. P. A utilização de indicadores na prática gerencial do enfermeiro em unidades básicas de saúde. 2004. 175 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

PEDUZZI, M; PALMA, J. J. L. A equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L.B; NEMS, M.I.R; MENDES-GONÇALVES, R.B.(Orgs). Saúde do Adulto: programa e ações na unidade básica de saúde. São Paulo, Hucitec, 2000.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p.103-109, fev. 2001.

PEREIRA, M. J. B. O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar – potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem. 2001. 256p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.

PEREIRA, G. R.; SANTOS, G. S.; SILVA, L. R. As determinações da política oligárquica nas expressões da questão social no maranhão: um estudo das transformações sociais no campo e na cidade nos últimos 50 anos In: Seminário Internacional de Políticas Públicas São Luis MA. Maio de 2003. **Anais**. Ed. UFMA, 2003. CD ROM

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 30-64.

RAGGIO, A.; GIACOMINI, C. M. A permanente construção de um modelo de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Londrina, n. 16, p. 9-16, dezembro 1996.

ROCHA, S. M. M. O processo de trabalho em saúde e a enfermagem pediátrica: sociedade e historicidade. 1990.180p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo. 1990.

SÁ, M. C. O mal estar nas organizações de saúde: planejamento e gestão como problema ou solução. In: Gestão do SUS: problemas, desafios e avanços. **Ciências. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 255-258, 1999.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. Processo de trabalho médico e avaliação de serviço de saúde. **Rev. FUNDAP**, v.6, n.2, p.14-23. 1996.

SILVA, A. P. A. **A prática de saúde do programa saúde da família**: mudança ou conservação? Salvador, 2002. Dissertação (Mestrado) – ISC - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2002.

SILVA, J. Á.; DALMASO, A. S. W. O agente comunitário de saúde e suas atribuições: os desafios para os processos de formação de recursos humanos em saúde. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 6, n. 10, p. 75-96, 2002.

SILVA, L. V. C et al. **Perfil sócio-econômico, profissional e político dos gestores municipais de saúde do estado do Maranhão**. São Luis, Maranhão, 2003. Monografia. Universidade Federal do Maranhão, São Luis, Maranhão, 2003.

SOLLA, J. Organizando o SUS a partir do PSF. **Rev. Bras. Saúde da Família**, edição especial, p. 7-8, 2004.

SOUZA, H. M. Programa Saúde da Família: entrevista. **Rev. Bras. Enfermagem**, v.53, n. especial, p. 7-16, 2000.

TEIXEIRA, C. F. **Análise das propostas da 12ª Conferência Nacional de saúde com relação à organização do modelo de atenção à saúde no SUS**. local: Consultoria DAPE/MS, fevereiro de 2004^a. 29 p.

_____. Saúde da família, promoção e vigilância: construindo a integralidade da atenção à saúde no SUS. **Rev. Bras. Saúde da Família**, edição especial, p.10-21, 2004b.

TEIXEIRA, R. A. **O trabalho da enfermeira na saúde da família: potencia de (re)construção do modelo assistencial e (re)criação do trabalho de enfermagem**. 2002. 152p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2002.

TESTA, M. **Pensar em saúde: artes médicas**. Porto Alegre: editora, 1992.

_____. **Pensamento estratégico e lógica de programação. O caso da saúde**. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1995.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992. 175p.

VASCONCELLOS, M. P. C. Reflexões sobre a saúde da família. In: MENDES, E.V.(Org.) **A organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998. Cap.6, p.155-172.

VILAR, R. L. A. **Estudo sobre o perfil dos gestores municipais de saúde do estado do Rio Grande do Norte**. Rio Grande do Norte: UFRN, 2001.

WOOD, S. Administração estratégica e administração de recursos humanos. **Rev. Admin.** São Paulo, v. 27, n. 4, p. 30 - 38, out./dez. 1992.

WORLD BANK (WB). **The organization delivery and financing and financing of health care in Brazil**. Washington, 1993a. (Mimeografado).

WORLD BANK (WB). **World development report**. Washington, 1993b.

XAVIER, I. et al. Subsídios para a conceituação da assistência de enfermagem rumo à Reforma Sanitária. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 40, n. 2/3, p. 177-180, 1987.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e esclarecido a ser obtido pelo gestor municipal (prefeito) onde será realizada a pesquisa.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é **Maria Iêda Gomes Vanderlei**, sou professora da Universidade Federal do Maranhão, estou cursando o doutorado em Saúde Pública na Universidade de São Paulo/USP e estamos desenvolvendo a pesquisa: **Os Gestores/Gerentes, enquanto protagonistas da Implantação do Programa Saúde da Família**. Seu objetivo central é analisar o processo de trabalho da gerência no âmbito municipal, através da prática dos gestores e dos gerentes no PSF, enquanto estratégia de reorientação e / ou de mudança do modelo assistencial.

Seu município, por atender a um destes critérios estabelecidos para a pesquisa, foi sorteado para fazer parte do estudo, fornecendo informação e opiniões com relação aos gestores e gerentes enquanto protagonistas da implantação do Programa Saúde da Família.

Sua colaboração será muito importante para a realização deste projeto. As informações/opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes.

Dessa forma, esperamos contar com seu apoio permitindo que a doutoranda realize estudo em seu município contribuindo com o processo de adequação da estratégia de implementação do PSF à realidade maranhense, bem como a autorização para divulgação dos resultados.

Atenciosamente

Dr^a. Maria Cecília Puntel de Almeida Profa. Dra. do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Orientadora Pesquisadora do projeto	Maria Iêda Gomes Vanderlei Pós – graduanda junto ao Programa de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
---	---

Eu _____, prefeito, autorizo a realização da referida pesquisa no município _____ e estou ciente que os resultados serão tratados sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

_____, de _____ de 2003

Assinatura

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e esclarecido para entrevista semi-estruturada com gestores (secretários) e gerentes municipais de saúde (diretores das UBS e coordenadores do PSF).

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é **Maria Iêda Gomes Vanderlei**, sou professora da Universidade Federal do Maranhão, estou cursando o doutorado em Saúde Pública na Universidade de São Paulo/USP e estamos desenvolvendo a pesquisa: **Os Gestores/Gerentes enquanto protagonistas da Implantação do Programa Saúde da Família**. Seu objetivo central é analisar o processo de trabalho da gerência no âmbito municipal, através da prática dos gestores e dos gerentes no PSF, enquanto estratégia de reorientação e / ou de mudança do modelo assistencial.

Assim, gostaríamos de contar com sua participação autorizando-nos a entrevistá-lo, enquanto secretário municipal de saúde, diretor da unidade de saúde da família e coordenador municipal do PSF.

Sua colaboração será muito importante para a realização deste projeto. As informações/opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes.

Dessa forma, esperamos contar com seu apoio permitindo que a doutoranda realize o estudo em seu município contribuindo com o processo de adequação da estratégia de implementação do PSF à realidade maranhense, bem como a autorização para divulgação dos resultados.

Atenciosamente

Dr^a. Maria Cecília Puntel de Almeida Profa. Dra. do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Orientadora Pesquisadora do projeto	Maria Iêda Gomes Vanderlei Pós – graduanda junto ao Programa de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
---	---

Eu _____, aceito participar da entrevista da pesquisa: **os Gestores/Gerentes enquanto protagonistas do Programa Saúde da Família** em data e local marcados antecipadamente, e estou ciente de que a entrevista será gravada e seus resultados serão tratados sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

_____, _____ de _____ de 2003

Assinatura

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Informado para a observação direta com os gerentes municipais de saúde (diretores das UBS)

Estamos desenvolvendo a pesquisa: **Os Gestores/Gerentes enquanto protagonistas da Implantação do Programa Saúde da Família**. Seu objetivo central é analisar o processo de trabalho da gerência no âmbito municipal, através da prática dos gestores e dos gerentes no PSF, enquanto estratégia de reorientação e /ou de mudança do modelo assistencial.

Assim, gostaríamos de contar com a sua participação, permitindo que possamos observar e acompanhar as atividades realizadas pelos diretores das unidades de saúde da família e coordenadores municipais do PSF que atuam no Programa Saúde da Família.

Sua colaboração será muito importante para a realização deste projeto. As informações/opiniões emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e serão tratadas anonimamente no conjunto dos demais respondentes; ainda a qualquer momento de realização da pesquisa, caso não seja de seu interesse a continuidade na participação, haverá possibilidade de retirar este consentimento.

As observações serão identificadas por códigos sendo que, no conjunto da análise, a observação não será identificada nominalmente. As observações, após análise dos dados, serão destruídas.

Agradecendo sua colaboração nos colocamos à disposição para qualquer informação, que você julgar necessária, e aguardamos o mais prontamente possível sua confirmação, quanto à participação nesta pesquisa para que possamos agendar a nossa permanência nas unidades de saúde para realizarmos a observação.

Atenciosamente

<p>Dr^a. Maria Cecília Puntel de Almeida Profa. Dra. do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP Orientadora Pesquisadora do projeto</p>	<p>Maria Iêda Gomes Vanderlei Pós – graduanda junto ao Programa de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP</p>
--	--

Eu _____ aceito que a observação seja realizada no meu local de trabalho, em data e local marcados antecipadamente, e estou ciente de que os resultados serão tratados sigilosamente, e caso não queira mais participar da investigação, tenho liberdade de retirar este consentimento.

_____, ____ de _____ de 2003

 Assinatura

APÊNDICE D

Quadro 1 – Evolução dos municípios com o PSF implantado no Estado do Maranhão. São Luís, 2003

Ano de implantação	Municípios ¹	Número de equipes	Cobertura municipal	Cobertura populacional %
1994	01	01	0,5	0,1
1996	01	09	0,5	0,6
1999	21	47	9,7	1,7
2000	71	209	32,7	7,2
2001	113	346	52,1	19,6
2002 ²	131	406	60,4	29,5
2003	172	642	79,3	37,5

Notas: ¹Estão aqui considerados os municípios com o programa implantado e aqueles qualificados, ou seja, com o projeto de implantação já aprovado nas Comissões Bipartite e Tripartite.

²Dados de junho de 2004.

APÊNDICE E

Quadro 2 – Municípios do Maranhão com o Programa Saúde da Família implantado, de acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB de abril de 2002. São Luís, 2002

Nº	Código	Município	População	População atendida	Cobert. Popula- cional (%)	Teto nº equipes	Nº de equipes qualifica- -das
01	2100204	Alcântara	21.425	S/cadastro	-	09	05
02	2100477	Alto Alegre do Pindaré	31.123	14.696	47,2	13	05
03	2100709	Anajatuba	23.312	17.442	74,8	10	05
04	2100808	Anapurus	10.260	3.402	33,2	04	01
05	2100832	Apicum-acu	11.429	11.487	100,5	05	03
06	2100873	Araguana	9.050	2.277	25,2	04	01
07	2101004	Arari	26.547	3.953	14,9	11	01
08	2101103	Axixá	10.200	10.065	98,7	04	03
09	2101202	Bacabal	92.567	39.132	42,3	39	12
10	2101251	Bacabeira	10.643	10.125	95,1	04	03
11	2101400	Balsas	62.427	26.093	41,8	26	07
12	2101509	Barão de Grajaú	15.529	5.381	34,7	06	02
13	2101608	Barra do Corda	77.979	14.352	18,4	32	04
14	2101707	Barreirinhas	40.623	3.457	8,5	17	01
15	2101731	Belágua	5.526	3.422	62,0	02	01
16	2101905	Bequimão	19.538	12.181	62,3	08	04
17	2101939	Bernardo do Mearim	5.365	4.419	82,4	02	01
18	2102077	Bom Lugar	11.848	2.311	19,5	05	01
19	2102101	Brejo	27.935	4.516	16,2	12	01

20	2102200	Buriti	24.262	13.161	54,2	10	04
21	2102309	Buriti Bravo	21.495	8.941	41,6	09	02
22	2102374	Cachoeira Grande	7.583	6.581	86,8	03	02
23	2102408	Cajapió	9.827	S/cadastro	-	04	02
24	2102507	Cajari	13.066	S/cadastro	-	05	01
25	2102705	Cantanhede	17.530	15.772	90,0	07	04
26	2103000	Caxias	140.450	49.575	35,3	59	12
27	2103208	Chapadinha	61.817	21.567	34,9	26	06
28	2103307	Codó	111.587	59.144	53,0	46	12
29	2103406	Coelho Neto	42.511	5.682	13,4	18	05
30	2103505	Colinas	36.600	S/cadastro	-	15	02
31	2103604	Coroatá	56.496	39071	69,2	24	10
32	2103703	Cururupu	34.722	14.110	40,6	14	14
33	2103752	Davinópolis	12.183	8.451	69,4	05	03
34	2103802	Dom Pedro	22.022	9.985	45,3	09	03
35	2103901	Duque Bacelar	9.624	2.718	28,2	04	01
36	2104008	Esperantinópolis	21.274	3.885	18,3	09	01
37	2104057	Estreito	23.361	17.382	74,4	10	06
38	2104073	Feira Nova do Maranhão	7.562	S/Cadastro	-	03	01
39	2104081	Fernando Falcão	4.844	S/Cadastro	-	02	01
40	2104099	Formosa da Serra Negra	14.791	2.147	14,5	06	01
41	2104305	Godofredo Viana	6.951	S/Cadastro	-	03	02
42	2104404	Gonçalves Dias	16.533	6.448	39,0	07	02
43	2104503	Governador Archer	8.959	S/Cadastro	-	04	01

44	2104602	Governador Eugênio Barros	14.846	7.772	52,4	06	03
45	2104628	Governador Luís Rocha	6.486	4.619	71,2	03	01
46	2104677	Governador Nunes Freire	27.175	6.335	23,3	11	03
47	2104701	Graça Aranha	6.087	3.039	49,9	03	02
48	2104800	Grajaú	48.227	20.112	41,7	20	05
49	2104909	Guimarães	12.670	12.344	97,4	05	03
50	2105005	Humberto de Campos	21.412	S/cadastro	-	09	04
51	2105104	Icatu	21.626	2.981	13,8	09	01
52	2105153	Igarapé do Meio	10.115	9.732	96,2	04	03
53	2105203	Igarapé Grande	9.661	12.168	126,0	04	03
54	2105302	Imperatriz	230.768	66.048	28,6	96	26
55	2105351	Itaipava do Grajaú	13.689	2.223	16,2	06	01
56	2105401	Itapecuru Mirim	42.637	14.974	35,1	18	06
57	2105427	Itinga do Maranhão	24.084	14.246	59,2	10	04
58	2105450	Jatobá	4.907	2.429	49,5	02	01
59	2105609	Joselândia	14.551	5.427	37,3	06	01
60	2105658	Junco do Maranhão	5.720	2.645	46,2	02	01
61	2105708	Lago da Pedra	40.732	5.772	14,2	17	03
62	2105807	Lago do Junco	9.790	5.621	57,4	04	02
63	2105948	Lago dos Rodrigues	8.498	9.215	108,6	04	03
64	2105963	Lagoa Grande do Maranhão	8.352	S/cadastro	-	03	01
65	2106003	Lima Campos	10.798	S/cadastro	-	04	03
66	2106102	Loreto	9.304	S/cadastro	-	04	02
67	2106300	Magalhães de Almeida	13.212	3.044	23,0	06	01

68	2106375	Maranhaozinho	7.826	3.391	43,3	03	01
69	2106409	Mata Roma	11.948	12.164	101,8	05	03
70	2106508	Matinha	19.826	4.154	21,0	08	02
71	2106631	Matões do Norte	7.532	3.354	44,5	03	01
72	2106706	Mirador	19.882	4.731	23,8	08	01
73	2106755	Miranda do Norte	16.349	14.137	86,5	07	04
74	2106805	Mirinzal	13.144	12.686	96,5	05	03
75	2107001	Montes Altos	10.461	2.291	21,9	04	03
76	2107100	Morros	14.144	15.752	111,4	06	04
77	2107308	Nova Iorque	4.440	5.116	115,2	02	01
78	2107357	Nova Olinda do Maranhão	15.120	2.300	15,2	06	01
79	2107407	Olho D'água das Cunhãs	14.131	10.203	72,2	06	03
80	2107456	Olinda Nova do Maranhão	10.112	S/cadastro	-	04	03
81	2107506	Paço do Lumiar	80.371	42.514	52,9	33	13
82	2107605	Palmeirândia	17.468	S/cadastro	-	07	01
83	2107704	Paraibano	18.079	6.917	38,3	08	02
84	2107902	Passagem Franca	14.805	S/cadastro	-	06	03
85	2108009	Pastos Bons	15.550	4.647	29,9	06	01
86	2108207	Pedreiras	40.405	S/cadastro	-	17	06
87	2108306	Penalva	30.410	9.125	30,0	13	03
88	2108454	Peritoró	17.811	S/cadastro	-	07	02
89	2108603	Pinheiro	68.945	S/cadastro	-	29	02
90	2108702	Pio XII	29.302	15.803	53,9	12	05
91	2108900	Poção de Pedras	22.121	S/cadastro	-	09	04

92	2109007	Porto Franco	17.070	3.404	19,9	07	01
93	2109056	Porto Rico do Maranhão	6.312	S/cadastro	-	03	02
94	2109106	Presidente Dutra	40.136	12.196	30,4	17	08
95	2109205	Presidente Juscelino	10.905	8.113	74,4	05	02
96	2109270	Presidente Sarney	13.896	S/cadastro	-	06	02
97	2109403	Primeira Cruz	11.172	9.084	81,3	05	01
98	2109452	Raposa	17.542	15.630	89,1	07	04
99	2109601	Rosário	33.894	20.594	60,8	14	06
100	2109809	Santa Helena	31.393	16.909	53,9	13	08
101	2110005	Santa Luzia	74.999	27.651	36,9	31	10
102	2110203	Santa Rita	25.361	21.336	84,1	11	05
103	2110302	Santo Antônio dos Lopes	14.143	6.227	44,0	06	06
104	2110401	São Benedito do Rio Preto	16.843	11.997	71,2	07	03
105	2110500	São Bento	32.277	5390	16,7	13	11
106	2110807	São Félix de Balsas	5.007	4.886	97,6	02	01
107	2110906	São Francisco do Maranhão	12.815	3.009	23,5	05	01
108	2111003	São João Batista	19.321	12.921	69,9	08	04
109	2111052	São João do Paraíso	10.596	S/cadastro	-	04	01
110	2111102	São João dos Patos	23.285	3.136	13,5	10	01
111	2111201	São José de Ribamar	111.884	20.669	18,5	47	22
112	2111300	São Luís	889.129	119.872	13,5	370	104
113	2111409	São Luís Gonzaga do Maranhão	22.427	6.873	30,6	09	02
114	2111508	São Mateus do Maranhão	35.361	3.825	10,8	15	06

115	2111573	São Pedro dos Crentes	4.079	S/cadastro	-	02	01
116	2111672	São Roberto	4.409	5.449	123,5	02	01
117	2111706	São Vicente de Ferrer	18.664	2.774	14,9	08	01
118	2111748	Senador Alexandre Costa	7.835	9.322	118,9	03	02
119	2111805	Sítio Novo	15.305	3.084	20,2	06	01
120	2111904	Sucupira do Norte	10.394	S/cadastro	-	04	02
121	2112001	Tasso Fragoso	6.388	S/cadastro	-	03	01
122	2112100	Timbiras	26.786	S/cadastro	-	11	03
123	2112209	Timon	131.821	66.349	50,3	55	20
124	2112308	Tuntum	35.789	25.303	70,7	15	10
125	2112456	Turilândia	17.303	4.180	24,2	07	03
126	2112704	Vargem Grande	34.876	5.981	17,1	15	02
127	2112803	Viana	44.241	11.072	25,0	18	05
128	2112852	Vila Nova dos Martírios	6.824	S/cadastro	-	03	01
129	2112902	Vitória do Mearim	30.718	3.356	10,9	13	01
130	2113009	Vitorino Freire	28.240	7.550	26,7	12	03
131	2114007	Zé Doca	47.088	15.826	33,6	20	05
Total			4.321.433	1.347.330	31,2		

APÊNDICE F - Perfil dos Gestores, Gerentes e Coordenadores do PSF no âmbito Municipal.

Identificação

Nome _____

Data do Nascimento ____/____/____

Sexo: Feminino () Masculino ()

Município em que trabalha _____

Categoria Profissional

Médico () Enfermeiro () Assistente Social ()

Outros () _____

Tempo de Formado _____

Há quanto tempo trabalha em Saúde Pública _____

Há quanto tempo é gestor e ou gerente municipal _____

Como se atualiza:

Curso de Especialização com 360 horas ou mais Sim ()

Ano _____

Mestrado Sim ()

Ano _____

Doutorado Sim ()

Ano _____

Escolha para o Cargo:

Indicação política Sim ()

Eleição Sim ()

Concurso Sim ()

APÊNDICE G

ENTREVISTA COM O SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

1. Fale-me sobre o PSF.
2. E do modelo assistencial.
3. Como você descreve o Programa Saúde da Família no âmbito local?
4. Quais as principais dificuldades encontradas para a implantação do PSF?
5. Quais as dificuldades ou limitações na operacionalização e no gerenciamento do PSF no município?
6. Ocorreu a participação dos trabalhadores de saúde das UBS na implantação do PSF no município?
7. Qual é o papel do SMS na implantação e/ou implementação do PSF?
8. O SMS tem influência no processo de trabalho das Equipes do Programa Saúde da Família? Você poderia dar um exemplo disso?
9. Houve mudanças nas UBS e na Secretaria Municipal de Saúde, após a implantação do PSF?
10. Nas reuniões do CMS, são discutidos os avanços e dificuldades do PSF no município?
11. Como são tomadas as decisões no âmbito do Programa?
12. Como se discute o PSF no contexto da política municipal de saúde? Poderia dar um exemplo disso.

APÊNDICE H

ENTREVISTA COM O COORDENADOR DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

1. Quando foi implantado o PSF no município?
2. Como se deu o processo de implantação do PSF no município?
3. Quantas equipes do Programa PSF estão implantadas no município?
4. Quais as atividades que o Programa Saúde da Família desenvolve no município?
5. Como você descreve o PSF no município?
6. Quais as dificuldades ou limitações na operacionalização e no gerenciamento do PSF no município?
7. Quais as principais dificuldades encontradas para a implantação do PSF?
8. Ocorreu a participação dos trabalhadores de saúde das UBS na implantação e/ou implementação do PSF no município?
9. Qual foi o seu papel na implantação e/ou implementação do PSF? Poderia dar um exemplo disso?
10. O assessor influencia no processo de trabalho das equipes do PSF? Você poderia dar um exemplo disso?
11. Houve mudanças nas UBS e Secretaria Municipal de Saúde após a implantação do PSF? Poderia citar algumas dessas mudanças?
12. Como são resolvidos os problemas de saúde identificados na UBS?
13. Como são tomadas as decisões no âmbito do Programa?
14. Poderia falar-me sobre o PSF?
15. Você participa das reuniões do CMS?
16. Nas reuniões, são discutidos os avanços e dificuldades do PSF no município. Lembra-se de algumas?
17. Poderia falar-me sobre o PSF.
18. E do modelo assistencial.
19. Quais são as suas atividades desenvolvidas na SMS?

APÊNDICE I

ENTREVISTA COM OS GERENTES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

(diretores das UBS)

1. Quando foi implantado o PSF no município?
2. Como se deu o processo de implantação do PSF no município?
3. Quantas equipes do Programa Saúde da Família estão implantadas no município?
4. Qual é o número de famílias e a população atendida pelo PSF nessa UBS?
5. Quais as atividades que o Programa Saúde da Família desenvolve no município?
6. Quais as dificuldades ou limitações na operacionalização e no gerenciamento do PSF no município?
7. Ocorreu a participação dos trabalhadores de saúde das UBS na implantação e/ou implementação do PSF? Como?
8. Qual foi o seu papel na implantação e/ou implementação do PSF?
9. Quem influencia o processo de trabalho das Equipes do PSF? Você poderia dar um exemplo disso?
10. Houve mudanças nas UBS e Secretaria Municipal de Saúde após a implantação do PSF? Poderia citar algumas dessas mudanças?
11. Como você articula as atividades administrativas e as gerenciais no seu dia a dia? (cuidar X administrar)
12. Como são resolvidos os problemas de saúde identificados nas UBS?
13. Como são tomadas as decisões no âmbito do programa?
14. Poderia falar-me sobre o PSF?
15. E do modelo assistencial?
16. Qual a relação que você faz do PSF com o modelo assistencial?

APÊNDICE J

Descrição do Inventário das Atividades que os gerentes desenvolvem em uma semana de trabalho na UBS em que estão alocados, outubro de 2003.

(No período observado)

Atividades gerencias e assistenciais	Todos os dias	Todas as semanas	Todo o mês	Raramente	Nunca
• Atender demanda reprimida					
• Resolver problemas de abastecimento e/ou reposição de material					
• Resolver problemas de funcionários					
• Enviar relatórios à Secretaria Municipal de Saúde					
• Prestar assistência de enfermagem (vacinas, curativos, verificação de PA, pré e pós- consulta)					
• Providenciar medicamentos					
• Preencher fichas de Vigilância Epidemiológica (VE)					
• Preparar material para exames específicos					
• Organizar consultórios ou salas de atendimento					
• Supervisionar a equipe de enfermagem					
• Fazer a escala da equipe de enfermagem					
• Reunir os profissionais, coordenadores, ACS, Conselho Municipal de Saúde e outros					
• Fazer Coleta de citologia oncológica					
• Atender a grupo de hipertensos					
• Atendimentos a grupo diabéticos					
• Atender a grupo de aleitamento materno					
• Repor os pedidos de farmácia					
• Conferir e levar pessoalmente as frequências dos funcionários à SMS					
• Participar de eventos de saúde como: conferências, seminários e outros					
• Abonar e encaminhar relatórios de faltas abonadas					
• Realizar consultas de enfermagem à mulher					
• Realizar consultas de enfermagem à gestante					
• Realizar consultas de enfermagem à					

criança					
• Dar orientações relativas ao puerpério					
• Planejar atividades junto ao grupo de famílias					
• Planejar atividades junto à comunidade					
• Executar atividades junto à comunidade					
• Realizar palestras sobre prevenção de doenças para grupos da comunidade					
• Planejar, coordenar e supervisionar serviços de saúde.					
• Planejar, coordenar e supervisionar serviços de enfermagem.					
• Planejar, implantar e/ou participar de planos e programas de saúde.					
• Identificar, analisar, propor soluções para os programas de saúde de enfermagem.					
• Elaborar e implantar normas/rotinas e técnicas de enfermagem					
• Elaborar e implantar normas/rotinas administrativas					
• Elaborar relatórios e boletins					
• Supervisionar e controlar pessoal de saúde de enfermagem					
• Planejar, solicitar e distribuir recursos humanos					
• Avaliar pessoal de saúde					
• Avaliar pessoal de enfermagem					
• Distribuir tarefas					
• Elaborar escalas					
• Elaborar programação para a comunidade					
• Prever material permanente					
• Fazer avaliação de esterilização					
• Realizar treinamentos de funcionários					
• Supervisionar a limpeza					
• Realizar visita domiciliar					
• Realizar visita a microáreas					
• Providenciar reparo e manutenção de aparelhos e equipamentos					
• Entregar a medicação					
• Prescrever medicamentos padronizados					
• Anotar os procedimentos realizados na ficha do paciente					
• Organizar os prontuários					
• Marcar as consultas					
• Referenciar por escrito ou verbal para outros serviços					
• Resolver problemas de funcionários					

• Realizar reunião com a equipe de saúde da família					
• Substituir outros gerentes ou enfermeiras em licença, férias ou falta					

APÊNDICE L

Listar outras atividades que realizam e que não se encontram aqui referidas.

This image shows a single page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, leaving small margins at the top and bottom. There are no vertical margin lines, and the entire surface is otherwise blank.

Guia de observação do processo de trabalho dos gerentes - diretores das Unidades Básicas de Saúde

Turnos de Trabalho

Descrever as atividades realizadas pelos gerentes no turno de trabalho na Unidade Básica de Saúde.

[illegible]

Senhores e Senhoras integrantes do CEP- HU/UFMA,

A Professora Maria Ieda Gomes Vanderlei, aluna do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, pelo processo n.º 33104-584/2003, solicita avaliação do projeto de pesquisa de Doutorado, intitulado “Os gestores/gerentes enquanto protagonistas da implantação do programa saúde da família”, sob a orientação da profa. Dra. Maria Cecília de Almeida. Referido projeto já está aprovado pela Comissão de Pós- Graduação da referida escola.

Pela análise, constatamos a importância do tema, sua estruturação, fundamentação teórica, metodologia apropriada aos objetivos do trabalho, bem como a obediência aos princípios da Resolução 196/96 do CNS e suas complementares.

Assim sendo, somos favoráveis a sua aprovação.

Solicitamos à pesquisadora envio de relatório final.

São Luís, 17 de julho de 2003

Raimundo Antonio da Silva

Relator

Comitê de Ética em Pesquisa
do Hospital Universitário da UFMA
aprovado em reunião de:

24/07/03.

Profª Ms. Nair Portela S. Coutinho
Vice-Coordenadora do CEP

Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

Rua Barão de Itapary, 227, Centro, C.E.P. 65.020-070, São Luís – Maranhão
Tel: (98) 219-1000 / (98) 222-5500, Fax: (98) 231-1161 (50) 231-4595, CNPJ. 06.279.103 / 0002-08