

**Saberes e poderes de enfermeiras Coordenadoras de
Saúde: desenvolvendo competências no processo de
construção do Sistema Único de Saúde no
Município de São Paulo**

Cell Regina da Silva Noca

**Tese apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Saúde
Pública da Faculdade de Saúde
Pública da Universidade de São Paulo
para obtenção do título
de Doutor em Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Administração Hospitalar
Orientador: Prof. Dr. Marcos Kisil**

**São Paulo
2005**



Poucos terão o poder de mudar a história...

Cada um de nós pode

Lutar para mudar uma pequena parte dos acontecimentos

E, no conjunto de todos esses atos, será escrita a História desta

geração.

Robert F. Kennedy

Agradecimentos:

Muitas foram as situações e pessoas que favoreceram a realização desta pesquisa e minha trajetória no Departamento de Prática de Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP, desde o início de meu “namoro” com a Saúde Pública, que desencadearam diversas mudanças em minha vida profissional. Desta forma, é oportuno agradecer:

Ao Prof. Dr. Marcos Kisil, minha gratidão pelo incentivo para continuar na pós-graduação, a confiança depositada e poder ter compartilhado decisões de minha vida profissional, sobretudo, ao enveredar pela docência.

À Profa. Dra. Taka Oguisso, com quem tive o privilégio de aprender Enfermagem na graduação e, posteriormente, vem me acompanhando em outros desafios. Minha gratidão pelo incentivo constante, esclarecimentos e observações valiosas.

Às Enfermeiras Coordenadoras de Saúde, com quem tive o prazer de conviver, sempre interessadas, engajadas e disponibilizando parte de seu escasso tempo para a realização das entrevistas. Impressionante como este contato proporcionou-me o sentimento de orgulho por vocês serem enfermeiras, meu muito obrigada!

Aos Subprefeitos entrevistados, pela gentileza de dedicar parte de seu tempo e disponibilizar informações necessárias para o estudo.

À Prof. Dra. Maria Cristina Sanna, pela sua gentileza e disponibilidade em partilhar seus conhecimentos e referência bibliográfica para consulta. Suas sugestões de problematização do tema foram preciosas.

Ao Prof. Gonzalo Vecina Neto, meu grande mestre, obrigado pela disponibilidade, entusiasmo, interesse, apoio e por ter partilhado de informações

esclarecedoras à delimitação do problema e refinamento do instrumento de coleta de dados.

À **Profa. Dra. Sayuri Maeda**: pelo apoio, força e ao diálogo sempre renovado, em especial, para o entendimento das Políticas de Saúde.

À **Prof. Dra. Augusta Thereza Alvarenga**, por ter me apresentado as possibilidades e limites da análise de dados qualitativos e aguçado meu interesse pela metodologia científica.

Às **Profas. Dras. Cleide Lavieri Martins e Lavinia Oliveira**, pela disponibilidade em compartilhar de minhas descobertas e indagações para a delimitação do objeto.

A amiga **Patrícia Montanari**, pelo realização da coleta de dados.

À **amiga Ana Maria Tucci**, por poder compartilhar as aventuras do conhecimento, guiando-me para a vida acadêmica.

À **Profa. Dra. Maria do Carmo Avelar**, que pela confiança, compreensão e apoio viabilizou as pesquisas de campo.

A **minha família**, pelo incentivo constante. Vocês tornam tudo muito mais fácil...

Às inúmeras pessoas amigas, na impossibilidade de citar todas, que estiveram presentes em muitos momentos desta longa jornada e tiveram, cada qual, um papel expressivo na realização deste estudo.

RESUMO

Noca CRS. Saberes e poderes de enfermeiras Coordenadoras de Saúde: desenvolvendo competências no processo de construção do Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo. São Paulo, 2005. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Este estudo tem como objetivo geral analisar as competências de enfermeiras Coordenadoras de Saúde, identificando os saberes, no momento de descentralização político-administrativa e do processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Município de São Paulo. Utilizou-se a história oral privilegiando a trajetória profissional das enfermeiras, seguindo roteiro semi-estruturado. Também foram realizadas entrevistas com dois Subprefeitos e o Secretário Municipal da Saúde. Procedeu-se à análise qualitativa dos dados e os resultados indicaram: a Subprefeitura é uma nova instância no jogo de disputa de poder que alterou a correlação de forças no Município com a necessidade de pactuar acordos e manter condições para a governabilidade local; a responsabilidade da Secretaria Municipal da Saúde como gestora de saúde no Município e defensora do SUS e a Coordenadoria de Saúde como gestora local. Na perspectiva das entrevistadas, coordenar é articular, negociar e facilitar a execução das Políticas de Saúde e consideram como principais competências, em termos ideais, para a nova função: saber relacionar-se para tecer uma rede de compromissos sociais para a qualidade de vida, conhecer as Políticas de Saúde e a região, acreditar no SUS, valorizar o serviço público e ser democrática. No entanto, no exercício do cargo necessitam desenvolver a competência política, o compromisso social e uma prática crítico-reflexiva para o entendimento da dialética do trabalho. Vislumbram um novo espaço profissional que transcende os saberes técnico-científicos da enfermagem para uma ação política de saúde e assim, enveredam para a Saúde Pública.

Descritores: Competências Profissionais da Enfermagem. Gestão em Saúde. SUS. Saúde Pública, Políticas de Saúde.

SUMMARY

Noca CRS. Saberes e poderes de enfermeiras Coordenadoras de Saúde: desenvolvendo competências no processo de construção do Sistema Único de Saúde no Município de São Paulo [Knowledge and skills of Health Coordinator Nurses: developing competencies for the process of organization of the Unified Health System of São Paulo county]. São Paulo (BR); 2005. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

This study has, as its general objective, an analysis of the competencies of Health Coordinator Nurses, so as thus to identify their knowledge, within a subjective perspective, at the moment of the politico-administrative decentralization and recommencement of the Unified Health System (SUS) of São Paulo County. Oral history was used, with special emphasis on the professional career of the nurses, by mean of semi-structured; interviews were also held with two assistant mayors (i.e. the administrators responsible for the sub-divisions of Sao Paulo County) and the County Health Secretary. A Qualitative analysis of the data was undertaken and the results showed that the assistant mayors have become new players in the power-game which has altered the correlation of forces within the county, thus creating the need to enter into pacts so as to ensure the governability of the county; the responsibility of the County Health Secretary (CHS), as the county health administrator and defender of SUS and the Health Coordinator's office as the local health administrator. From the point of the of view of the nurses interviewed, to coordinate is to articulate, to negotiate, is to favor the execution of Health Policies and the important competencies, in ideal terms, for this new function were considered to be: the knowledge of how to create relationships so as to weave a network of social obligations for the quality of life, knowledge of Health Policies as also of the region, belief in the SUS; recognition of the value of public service, democratic behavior. However, for the exercise of this new function need to develop of the political competence, social involvement and of critical and reflective practice for the better understanding of the dialect of their work. They should descry a new

professional field which transcends the technical and scientific knowledge of nursing to include and understanding of the political implication of health to lead them into a fuller vision of Public Health.

Descriptors: Nurses Professional Competencies. Health Administration. SUS. Public Health. Health Policy.

ÍNDICE

APRESENTAÇÃO.....	1
1 INTRODUÇÃO	5
1.1 Políticas de Saúde na transição democrática: o direito à saúde	5
1.2 O SUS no Município de São Paulo.....	9
1.3 O processo de trabalho na Enfermagem e o exercício do poder.....	14
1.4 As competências profissionais no trabalho de Enfermagem: considerações gerais.....	21
2 OBJETIVOS	26
2.1 Objetivo geral:.....	26
2.2 Objetivos específicos:	26
3 METODOLOGIA.....	27
3.1. O caminho metodológico e a seleção dos sujeitos da pesquisa.....	27
3.2 A escolha da metodologia qualitativa	29
3.3 Processo de coleta de dados	32
3.4 Tratamento e análise dos dados.....	36
4 RETRATO FALADO: NARRANDO HISTÓRIAS E FAZENDO HISTÓRIA	38
5 O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE: O RENASCER DAS CINZAS	46
5.1 O processo de (re)construção do SUS: compreendendo o novo modelo político-administrativo	46
5.2 O contexto: quatro diferentes realidades	59

5.3	Coordenadoria de Saúde: um construir coletivo	65
5.4	Coordenadoria de Saúde, Subprefeitura e Secretária Municipal da Saúde: tecendo a rede.	71
5.5	Coordenadoria de Saúde: impasses, desafios e possibilidades da gestão local.....	76
6	AS ENFERMEIRAS NA COORDENADORIA DE SAÚDE: DESAFIOS DE UMA PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA.....	89
6.1	Competências para a indicação ao cargo de Coordenador de Saúde.....	89
6.2	Enfermagem e a Coordenadoria de Saúde: conquistando novos espaços, enfrentando desafios.	99
6.3	Desenvolvendo competências para o enfrentamento do novo espaço profissional	112
6.4	Estratégias para o agir na Saúde Pública.....	154
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	165
8	REFERÊNCIAS	173
ANEXOS		
	Anexo 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde	A1
	Anexo 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	A2
	Anexo 3 - Roteiro para entrevistas com as enfermeiras Coordenadoras de Saúde	A3
	Anexo 4 - Roteiro para entrevistas com Subprefeitos e Secretário Municipal de Saúde	A4
	Anexo 5 - Lei Municipal nº 13.399, de 01 de agosto de 2002	A5

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Mapa das Subprefeituras. Município de São Paulo, 2003. 50**
- Figura 2 – Taxa de Analfabetismo, segundo as Subprefeituras. Município de São Paulo, 2000. 62**
- Figura 3 – Coeficiente de Mortalidade Infantil, segundo as Subprefeituras analisadas. Município de São Paulo, 2003. 63**
- Figura 4 – Distribuição do percentual de mortes precoces por doenças crônicas, segundo as Subprefeituras analisadas. Município de São Paulo, 2002. 64**
- Figura 5 – Distribuição do número de Coordenadores de Saúde, conforme a categoria profissional. Município de São Paulo, 2004. 100**
- Figura 6 – Distribuição do número de Coordenadores de Saúde, segundo a área de formação profissional. Município de São Paulo, 2004. 101**
- Figura 7 – Distribuição dos Coordenadores de Saúde, segundo o sexo. Município de São Paulo, 2004. 102**

LISTA DE SIGLAS

ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ACLS	Advanced Clinical Life – Suporte Clínico Avançado de Vida
AIS	Ações Integradas de Saúde
ARS	Administração Regional de Saúde
ATLS	Advanced Trauma Life Support – Suporte Avançado de Vida para o Trauma
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
COBDEF	Conselho Deliberativo Fiscal
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COHAB	Companhia de Habitação
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COREN-SP	Conselho Regional de Enfermagem – São Paulo
CTI	Comissão Intergestores Tripartite
DCE	Diretório do Centro Estudantil
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-econômicos
DSC	Departamento de Saúde da Comunidade
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ERSA	Escritórios Regionais de Saúde
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FINATEC	Fundação de Empreendimentos Científico –tecnológicos
FITO	Fundação Instituto Tecnológico de Osasco
FSPUSP	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
FUNDAP	Fundação de Desenvolvimento Administrativo Público
GO	Ginecologia e Obstetria

IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPTU	Imposto Predial e Territorial Urbano
LDB	Lei das Diretrizes e Bases da Educação
NEPI	Núcleo de Estudos em Epidemiologia
NOB	Norma Operacional Básica
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PA	Pronto Atendimento
PAM	Posto de Atendimento Médico
PAS	Plano de Assistência à Saúde
PC do B	Partido Comunista do Brasil
PLE	Projeto Larga Escala
PMSP	Prefeitura Municipal de São Paulo
PT	Partido dos Trabalhadores
PUC	Pontifícia Universidade Católica
PUC - SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RH	Recursos Humanos
SABESP	Companhia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo
SADT	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia
SAE	Serviço de Assistência Individualizada
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SAS	Sistema de Assistência à Saúde
SEADE	Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUDS	Sistema Único de Desenvolvimento à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNICAMP	Universidade de Campinas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNISA	Universidade Santo Amaro
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UVIS	Unidade de Vigilância em Saúde

APRESENTAÇÃO

As inquietações a respeito do papel exercido pela enfermeira e sua prática profissional surgiram em decorrência da minha trajetória de vida profissional. Neste sentido, o interesse pelo aprimoramento profissional e, atualmente, no ensino de graduação de Enfermagem, o compromisso com a profissão e o desejo de buscar conhecer o desenvolvimento contínuo de competências constituíram-se nos principais motivos para realização desta pesquisa.

Após a graduação, trabalhei em um Pronto Socorro de um hospital universitário de São Paulo. Era uma instituição de direito público, pertencente à administração estadual que viveu momentos de crise na gestão de recursos humanos, destacando-se a carência de pessoal na área de Enfermagem, especialmente, quanto à qualificação profissional, com recrutamento de muitos trabalhadores, sem a educação formal específica.

O exercício do cargo de Diretoria desse Serviço era caracterizado pela descontinuidade, ou seja, a cada período de quatro anos era exercido por um profissional diferente, visto ser um cargo de confiança do governo do Estado cuja duração prevista era coincidente com seu mandato.

Pela dificuldade para reposição de funcionários e mesmo demissão daqueles que não atendiam aos requisitos, o resultado da avaliação acarretava a transferência do funcionário de enfermagem de nível médio para o Pronto-Socorro. Além da problemática que isto trazia a um serviço de emergência, que sempre exige rapidez de ação, elevada competência técnica, capacidade de juízo e tomada de decisões, era desmotivante para o moral desse pessoal, sobretudo, os trabalhadores que se encontravam, por opção, alocados nesse serviço. Assim, a decisão gerencial de controle do pessoal acarretava dificuldades no desempenho adequado dos profissionais da Enfermagem.

Posteriormente, trabalhei em uma organização de saúde privada de finalidade lucrativa. A organização e estrutura do Serviço de Enfermagem favoreciam uma assistência de alta qualidade.

O interesse pelo desenvolvimento das competências profissionais da Enfermagem cresceu, quando fui designada enfermeira do Serviço de Educação Continuada dessa instituição. Desenvolvia atividades de seleção e treinamento de profissionais, recebia enfermeiras recém-graduadas que percebiam a profissão desvinculada de uma visão consciente dos conflitos relativos, em especial, os que envolviam as contradições e a heterogeneidade da composição e exercício das diversas categorias de trabalhadores de enfermagem, as relações no cotidiano do trabalho com outros profissionais de nível superior em uma intrincada rede de poder. Assim, surgiu a necessidade de trabalhar com as competências profissionais, relacionando-as com as avaliações e o plano de carreira das enfermeiras.

No exercício da Enfermagem, venho observando contradições presentes relacionadas à dualidade de valor das atividades administrativas e da assistência direta, na qual a “enfermeira assistencial”^{*} que se destacava por sua atuação profissional e experiência era escolhida para exercer o cargo de chefia da unidade ou de serviço, deixando a assistência direta ao paciente para outros profissionais de enfermagem.

Esta designação podia indicar que a função de assistência direta ao paciente era considerada menos importante e de menor valor, pois o poder estava com os que desempenhavam função administrativa, e não a prestação de cuidados diretos de enfermagem. Além disso, a administração exercida pela enfermeira era estanque, tornava-se um fim em si mesmo, não contribuía efetivamente para o cuidado de Enfermagem, distanciando-se do usuário.

Tornei-me responsável pelo trabalho na unidade, fazendo com que a infra-estrutura estivesse sempre em ordem e funcionando perfeitamente nas 24 horas

* A terminologia enfermeira assistencial designa as enfermeiras que realizam o cuidado direto, sendo considerado um cargo em algumas organizações de saúde.

do dia em consonância com as exigências da organização e mantendo o controle dos trabalhadores de enfermagem e de outros profissionais da unidade, além do material, do espaço físico e dos usuários, sob a visão alienante de que possuía poder, mas na realidade, tinha responsabilidade e alguns privilégios na escala mensal de trabalho, porém sem deter poder de decisão.

Outras experiências também foram enriquecedoras, entre as quais a realização do Curso de Especialização em Administração de Serviços de Saúde e Administração Hospitalar da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo que contribuiu para uma análise crítica de meu papel na organização, motivando-me a ingressar no mestrado, quando desenvolvi uma dissertação sobre a profissionalização da Enfermagem, em especial, do atendente de enfermagem.

Atualmente, sou docente do curso de graduação em Enfermagem e atuo de modo direto na gestão de enfermagem em Unidades Básicas de Saúde e no Curso de Especialização de Serviços de Saúde, com a visão da rede de serviços. Dessas atividades, outros questionamentos surgem relacionados com a ação administrativa das enfermeiras, que devem compor com outras organizações, como proposta de intervenção social em uma perspectiva de mudanças, em especial, quando atuam como gestores desses serviços.

Outro fator de motivação para a escolha do tema da presente pesquisa foi acreditar que, como docente e pesquisadora, devo contribuir significativamente para retratar o momento histórico, caracterizado por propostas inovadoras de gestão de saúde em nível local, criando novos espaços às enfermeiras. Ao trabalhar na formação e aprimoramento da Enfermagem, é necessário identificar quais competências são necessárias ao exercício do cargo emergente.

Neste novo cenário, é preciso promover a atualização contínua das informações para garantir sua aplicabilidade nas situações reais de trabalho, buscando a aproximação entre ensino e prática, enriquecendo-a pelo mútuo compartilhar. Sendo assim, considere de extrema importância questionar, para fins investigativos, por um

lado, qual é a transformação em saúde que vem ocorrendo no momento? E, portanto, como as enfermeiras atuam e percebem esse processo de transformação?

Este estudo pretende retratar o momento de inovação no Município de São Paulo com a implantação das Subprefeituras e criação do cargo de Coordenador de Saúde, para conhecer as atribuições das enfermeiras Coordenadoras de Saúde e, a identificação de suas necessidades, saberes, práticas e estratégias desenvolvidas como alternativas para o enfrentamento desse novo espaço profissional e para promover a necessidade de articulação com outros profissionais de nível superior e outros setores, tendo em vista viabilizar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

É um momento de reorganização político-administrativa local, com indefinições e incertezas. Assim, este estudo propõe-se a criar um momento de reflexão e propostas, no pressuposto básico de que a identificação das competências será realizada pelos profissionais que exercem o cargo de Coordenador de Saúde, uma vez que estão caracterizadas de forma genérica na legislação, o que por si só demonstra a relevância desta proposta de pesquisa.

Buscar o novo pode representar uma esperança, um desejo de mudar, mas, também, pode significar o medo, a ansiedade e a necessidade de reformular. Nesta situação de mudança, caracterizada por expectativas e oportunidades de melhoria, a questão básica presente é como desenvolver competências na dimensão da gestão, que não se limitem a uma administração tecnoburocrática e prescritiva que privilegie apenas a execução de tarefas, a obediência a normas e regulamentos, mas, como uma liderança impregnada de ação social, exercida com o objetivo de atender a coletividade?

Para responder a estas questões, é importante analisar o processo de municipalização da saúde no Brasil, considerando o contexto mais recente do final do século XX, no qual a presente proposta investigativa se insere.

1 INTRODUÇÃO

O presente capítulo inicia-se com uma discussão sobre as Políticas de Saúde no Brasil na transição democrática e prossegue com a contextualização do Sistema Único de Saúde (SUS) no Município de São Paulo. A seguir, particulariza o enfoque para a área de Enfermagem, problematizando suas práticas de trabalho e relações de poder, introduzindo os conceitos de poder aplicados à Enfermagem. Finaliza com a discussão sobre as competências em relação à conceituação, problematizando-as para o desenvolvimento da prática profissional da enfermagem.

1.1 Políticas de Saúde na transição democrática: o direito à saúde

No cenário atual das Políticas de Saúde, trazer para reflexão a questão das mudanças, sua relação de distanciamento ou consolidação dos princípios defendidos pela Constituição Brasileira, e conhecer como se refletem nos espaços locais de saúde, estruturados na descentralização política, técnica e administrativa do sistema de saúde, é de grande relevância identificação de quais são os modelos assistenciais e gerenciais vêm se conformando, particularmente, no Município de São Paulo. O momento presente é bastante oportuno por permitir a compreensão da problemática deste estudo, a fim de caracterizar o trabalho para retomada da implantação do SUS no Município.

A reestruturação do aparato estatal e, especificamente, da saúde obedece à própria dinâmica das forças em confronto com o significado histórico, que depende da correlação dos interesses em cada momento. Daí, a necessidade de retratar este novo modelo de gestão, norteado pelo SUS.

Nos anos de 1980, no contexto de transição democrática, a Reforma Sanitária merece destaque pela sua contribuição na possibilidade de mudança

da história das políticas sociais e de saúde no Brasil e na luta e engajamento dos vários setores políticos da sociedade que levou a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, em 1986, a criar e implementar o SUS. Assim, foi considerada um marco representativo, por estar inserida no movimento mais amplo de redemocratização do país, no período conhecido como “Nova República”, que marcou o fim da ditadura militar (PEREIRA 1995).

Neste sentido, além dos avanços políticos, na gênese do processo, houve também a incorporação dos princípios da Reforma Sanitária ao contexto das Ações Integradas de Saúde (AIS), que também foram adotadas na implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), concebido como uma estratégia de transição para o SUS, pois desconcentrou recursos, delegou responsabilidades administrativas de saúde e descentralizou parcelas do processo decisório, incorporou novos atores e possibilitou às Secretarias Estaduais de Saúde interferência na formulação das Políticas de Saúde.

O debate a respeito das diretrizes e princípios do SUS teve continuidade nos anos 1987 e 1988, e culminou com a unificação dos serviços institucionais de saúde e o caminho para sua implantação, orientando a necessidade de transformação do Estado, da sociedade e da legislação vigente. A Constituição Federal do Brasil (BRASIL 2004), em seu Art. 196, e da lei Orgânica da Saúde, em seu inciso 1º, definem *“a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de agravos e do acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”*.

O reconhecimento de que as políticas públicas de saúde estiveram, historicamente, dependentes dos interesses econômicos, e excluíram a maioria da população do acesso à saúde foi fundamental para dimensionar a amplitude das reivindicações do movimento sanitário e, em particular, a diretriz da universalidade. Sua incorporação no texto constitucional teve por finalidade estender a cobertura da atenção à saúde a todos os cidadãos brasileiros, de forma justa e desatrelada de qualquer condição.

A percepção social da saúde, como direito de cidadania, é uma conquista importante na história das políticas sociais brasileiras e pode ser entendida como o resultado dos movimentos sociais de participação em saúde no século XX, nos anos de 1970 e no início de 1980 (COHN e col. 1991; DALLARI 1995).

O movimento de Reforma Sanitária prende-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional, que regulamenta e responsabiliza-se pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material concretiza-se na busca do direito universal à saúde e na criação de um Sistema Único de Serviços sob a égide do Estado (JUNQUEIRA 1996).

No entanto, a descentralização no SUS, como caminho para democratização, com vistas a promover justiça social não é unânime entre os estudiosos do tema, considerando o momento histórico e o processo de municipalização. Em uma dimensão político-administrativa, esse processo foi caracterizado como estratégia de privatização dos setores sociais e de transferência das responsabilidades do Estado aos municípios, para redução do déficit público e estabilização da economia (COHN 1995).

A mobilização da sociedade civil brasileira, organizada ao longo da última década que marchou rumo à democratização do país resultou, no caso do setor da saúde, na formulação do SUS. Neste contexto, também houve a crise social mundial que permitiu a predominância de uma força político-ideológico-neoliberal do mercado, como o melhor mecanismo ao desenvolvimento da economia como à satisfação individual (COHN 1995; LAURELL 1995).

Esta política, com algumas diretrizes neoliberais, evidencia-se a partir do primeiro governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC de 1994-1997), com o início da reforma do Estado, implementada com o objetivo de alcançar a eficácia, efetividade e economia nos gastos públicos, pelo plano diretor da Reforma do Estado, em 1995, elaborado por Luiz Carlos Bresser-Pereira (PEREIRA 1996).

Para Bresser Pereira, a Reforma Gerencial do Estado, teve como objetivo facilitar o ajuste fiscal, em especial, nos estados e municípios e tornar a administração pública mais eficiente. Foi desenvolvida em três dimensões: institucional, cultural e de gestão. A dimensão da gestão, de interesse particular deste estudo, implica novas idéias gerenciais para melhorar a qualidade do serviço público e reduzir seu custo, destacando-se, entre várias medidas adotadas, a profissionalização do servidor público e a criação de carreiras específicas de dirigente (SILVA 2001).

A Reforma tomava como premissa a gestão privada, considerada como vanguarda em questões de eficiência e atuação em detrimento de um Estado ineficiente.

O novo modelo neoliberal aumentou a problemática social, gerou pobreza e informalidade no trabalho. A situação refletiu-se na saúde com o aumento da demanda e a geração de um contingente de desprotegidos que, ao serem excluídos socialmente, tinham suas condições de vida agravadas pelo empobrecimento, com isso aumentando o risco de adoecer (ALMEIDA 2001).

Na saúde, houve um enfrentamento no plano geral, entre um modelo político neoliberal, caracterizado pela progressiva redução do papel do Estado e privatização de parte do sistema de saúde com as políticas universais e de equidade propostas na Constituição Federal de 1988.

No processo histórico de descentralização das políticas sociais, destacam-se duas dimensões de significação: a política e a econômica. Na política, a descentralização pode ser considerada com o objetivo de democratizar o Estado e na econômica, como estratégia de redução do déficit público e estabilização da economia, tendo em vista o ajuste fiscal do Estado (COHN e ELIAS 1998, SILVA 2001).

Sendo assim, a proposta da Reforma Sanitária constitui uma imagem-objeto a ser perseguida, coexistindo com as dificuldades para sua efetiva implantação, com os avanços e conquistas jurídico-legais, quando avaliada em uma

dimensão política, de deslocamento de poder às instâncias locais; entretanto, na dimensão econômica, observou-se um distanciamento de suas diretrizes democráticas no contexto de política neoliberal com a manutenção da exclusão social.

Desta forma, o processo de municipalização na saúde é compreendido como descentralização das ações e serviços de saúde ao município, uma estratégia para concretização dos princípios constitucionais de universalidade, equidade, integralidade e controle social.

Nesse contexto, caracterizado por distintos posicionamentos e avaliações em relação à municipalização da saúde no Brasil, na defesa do projeto da Reforma Sanitária, que amplia direitos e políticas recessivas que os restringem, será feito a análise do processo de descentralização político-administrativa no Município de São Paulo.

Portanto, para que o direito à saúde transforme-se em realidade, há necessidade de operacionalizar o SUS que desencadeou estratégias para viabilizar o fortalecimento da descentralização na saúde, em especial, no desenvolvimento de atividades gerenciais e em um contexto de adversidades. Neste sentido, é relevante fazer um breve resgate da história do SUS no Município de São Paulo para compreender o cenário deste estudo.

1.2 O SUS no Município de São Paulo

Em 1989, ao assumir a administração municipal, a prefeita Luíza Erundina encontrou o SUDS apenas estruturado no plano legal. Assim, a rede federal (hospitais e ambulatórios) do antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS), foi repassada à Secretaria Estadual da Saúde (SES).

JUNQUEIRA (2002) destaca os pontos principais da situação encontrada na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em São Paulo, em 1989:

- grave deterioração da rede municipal em relação ao quadro de pessoal, recursos financeiros e materiais;
- inadequação das ações desenvolvidas às necessidades da ausência de um planejamento estratégico;
- centralização das decisões e órgãos do Gabinete e a divisão da gestão em dois compartimentos: o Departamento de Saúde da Comunidade (DSC), que coordenava os postos de atendimento médico (PAMs), e a Superintendência Médico-hospitalar de Urgência, responsável pela coordenação de Prontos-socorros e hospitais, privilegiando-se este último.

No primeiro semestre de 1989, houve o processo de descentralização com a divisão do Município em dez Regiões de Saúde e cinco Distritos de Saúde, com a construção progressiva dos demais, e, em 1992, já havia 32 Distritos contidos em dez Administrações de Saúde (ARs). Com isso, foi feita a integração dos serviços ambulatoriais e hospitalares em um sistema municipal e a democratização da gestão, com o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Gestores Locais da Saúde.

No entanto, nas gestões Maluf (1993-1996) e Pitta (1997-2000), o trabalho de descentralização da saúde foi interrompido em decorrência da implantação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), em 1995, pela Lei nº11.866, de 13 de setembro de 1995, com a criação de 14 módulos de atendimento, gerenciados por cooperativas privadas (JUNQUEIRA 2002).

Em seu ideário, o PAS propunha-se a abranger serviços de prevenção de doenças, promoção, proteção e recuperação da saúde, porém, só uma pequena parcela foi operacionalizada. A intenção era representar uma alternativa de gestão para resolver problemas relativos aos funcionários e à falta de agilidade da administração pública.

Desta forma, foi criado um gerenciamento descentralizado e privado em colaboração com a formação de cooperativas de trabalhadores. O modelo assistencial adotado era totalmente centrado na equipe constituída pelo médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem, com ênfase na assistência individual e atendimento da queixa.

A conformação geral do PAS seguia o ideário defendido pelo Banco Mundial, pela necessidade de reforma dos serviços públicos, aproximando-os da lógica do gerenciamento, sobretudo financeiro dos serviços privados. O plano tinha três vertentes: co-parceria na gestão dos serviços de saúde, na qual o Município ofereceu os recursos materiais e rede física e as entidades privadas (cooperativas de trabalho), os recursos humanos; a flexibilização administrativa da relação de trabalho por cooperativas e o financiamento público na forma de pré-pagamento por meio da captação por habitante da área geográfica. Assim, seguiram-se às prescrições das agências internacionais e a captação por habitante da área geográfica e, ao Estado, coube a função de provedor da universalização dos serviços básicos reservando ao mercado, o acesso aos serviços mais especializados e de alta complexidade tecnológica (COHN e ELIAS 1998).

Diante disso, na gestão Marta Suplicy (2001-2004) para o resgate do SUS e a retomada do serviço de Saúde Pública no Município de São Paulo, foram necessários a implementação de um modelo inovador de gestão em saúde para fazer frente à situação.

Nesse panorama de saúde, no espaço local e na implantação de alternativas de organização das práticas sanitárias, foi necessário superar as intenções de ampliação da autonomia político-administrativa dos sistemas locais de saúde para que se tornassem factíveis. Isso implicava os serviços assumirem responsabilidades e atenderem os direitos dos cidadãos, como parte da ação dos gestores locais. Neste sentido, foi preciso realizar a análise da gestão local em saúde.

Refletir sobre a prática dos gestores locais em um período caracterizado pelo desenvolvimento de uma política preocupada com a redução dos

custos, melhoria da qualidade dos serviços, racionalização de recursos, flexibilização das relações de trabalho e privatização, levou a busca de compreensão do significado da gestão, além de sua conceituação, e o contemplar das competências necessárias para sua aplicabilidade.

Em seu aspecto legal, a gestão pode ser compreendido pela Norma Operacional Básica (NOB)* 01/96, que conceitua gerência dos serviços de saúde como a administração de uma unidade ou órgão de saúde (ambulatório, hospital, etc.). Conforme esta norma, a atribuição do gestor é definida como atividade e responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual, nacional), exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1996).

A NOB SUS/96 amplia a municipalização da saúde e a responsabilidade local e dos gestores de atenção na atenção a saúde no município.

Em relação à gestão na Saúde Pública COHN e col. (1993) consideram que, em alguns serviços públicos houve a preocupação com a gestão pelo estabelecimento de metas de produtividade, racionalização dos serviços, vinculação entre pagamento e desempenho. Nessas organizações, observa-se uma busca da eficácia administrativa para obter a maior produtividade dos serviços favorecendo o estímulo ao desempenho dos trabalhadores.

A significância da gestão pública torna-se maior diante da exigência da otimização dos recursos, assumindo o discurso da necessidade de garantir a resolutividade a um custo menor. A busca de mudanças na lógica administrativa e a procura de outras alternativas às questões de ineficiência dos serviços públicos de saúde, quando comparados com os privados, terão sua causa na ação do gestor.

Ao defender a política pública, KLIKSBERG (1993) concorda que as formas tradicionais de administração já estavam superadas e havia necessidade de

* As NOBs anteriores 91 e 93 referem-se, em especial, à transferência de recursos federais para as esferas estaduais e municipais.

buscar novas estratégias para lidar com a complexidade e incerteza do cenário da saúde, tornando as organizações mais flexíveis e adaptáveis às mudanças, que afetam o mundo contemporâneo e modificam esses requisitos de competência, alterando os atributos que devem ser considerados nesse cargo emergente.

As discussões relativas à gestão indicam a concepção do trabalho do gestor, como potencial para transformar ou legitimar um determinado modo de se produzir às ações de saúde.

Nas duas citações anteriores, observa-se a grande necessidade de desenvolver competências administrativas, que resolvam as ineficiências do atual sistema de saúde, como uma solução mágica à atual situação. É um exagero considerar a gestão como a única causa, ou a solução da crise na Saúde Pública, pois estas não se limitam à saúde e, sim, às condições político-sociais em uma dimensão ampla e relacional.

Estas questões indicam que o conhecimento científico relativo à administração sofre uma contínua reformulação, com a construção de novas concepções e saberes administrativos e outras práticas que não se limitam a ações prescritivas ou preestabelecidas.

Neste contexto, quando se fala na ação da enfermeira gestora de saúde esta problemática encaminha-se aos seguintes questionamentos: o que é para o profissional ser Coordenador de Saúde? Considerando-se a nova organização dos serviços, de que maneira as enfermeiras*, Coordenadoras de Saúde, estão se aprimorando para melhorar o desempenho dos serviços de saúde?

Estas indagações surgem numa perspectiva de abertura de novos espaços, de um novo caminho a ser percorrido.

Tendo em vista avançar na problematização do tema da pesquisa deve-se é necessário compreender o processo de trabalho da enfermagem, sua organização e os princípios administrativos aplicados à sua prática.

* Optou-se por utilizar a denominação enfermeira para a categoria profissional da Enfermagem de nível superior, por sua maior representatividade numérica e pelas entrevistadas serem mulheres.

1.3 O processo de trabalho na Enfermagem e o exercício do poder

No interior dos grupos, as relações por mais democráticas que possam ser processam-se sob o exercício do controle como instrumento regulador, nos quais são estabelecidos os limites da interação que podem ou não estar explicitados. Os diversos atores que interagem não possuem os mesmos interesses. A forma como se organizam e, conseqüentemente, de como se configura e manifesta o poder na relação entre as pessoas, envolve a compreensão de que este processo precisa ser concebido em sua dimensão social.

Ao abordar as ações e competências desenvolvidas na gestão local de saúde busca-se compreender não só as práticas e teorias administrativas baseadas em pressupostos técnicos, mas as escolhas “socialmente incorporadas” por sujeitos que atuam em um espaço político-social, historicamente determinado.

Assim, a gestão como função social, dentro de um contexto histórico e processual de implementação de mudanças administrativas, com interferências de macro e micropolíticas que caracterizam uma organização. Estas interferências extrapolam não só os aspectos legais, institucionais e burocráticos, como também a participação de diversos atores sociais interagindo entre si, em uma ação que se manifesta em distintas estruturas de poder, como algo que se exerce em uma relação social.

Na busca de um olhar sociológico para esta questão, opta-se pela abordagem de FOUCAULT (1993, 2002), no sentido de privilegiar o poder que se expande de um nível central e geral a toda a sociedade, atingindo a realidade local e concreta e a disciplina e controle, como instrumentos para manutenção do poder.

Há vários tipos de poder: o pedagógico, o do Estado, nas relações de trabalho, entre outros, que estão em uma relação social de ordem/obediência, ou

seja, dominação/submissão. Vive-se, pois, em uma relação social de poder. Mas qual é o significado do poder?

Na busca de resposta a este questionamento, é importante fazer uma referência a Weber, citado por LEBRUN (1995), ao analisar a definição de poder traduz o termo poder por dominação, ou seja, “a probabilidade de que uma ordem com um determinado conteúdo específico seja seguido por um dado grupo de pessoas” (p.13).

Desta forma, nas relações humanas, o poder, considerado como dominação, nem sempre é reduzido a uma situação caracterizada pela desigualdade e, portanto, conflituosa.

LEBRUN (1995) menciona Talcott Parsons, cujos estudos afirmam que “*o poder é mercadoria rara, que só podemos possuir as custas de outra pessoa. Ou, ainda: que o poder que possuo é a contrapartida do fato de que alguém não o possui*”.(p.18).

Esta definição aponta para a relação direta dominador/dominado, pois a posse do poder diferencia a posição de dominador. Deve-se considerar que a posse do poder em um grupo social pode estar ausente em outro, portanto, situações de submissão ou não podem se apresentar diferenciadas em uma mesma pessoa, conforme o grupo social.

Para FOUCAULT (1993), o poder não é um ser, ou “*alguma coisa que se adquire, se toma ou se divide, algo que se deixa escapar. É o nome atribuído a um conjunto de relações que formigam por toda a parte na espessura do corpo social*” (p.5).

No campo da saúde, poder pode ser considerado como algo que se exerce em uma relação social, que se caracteriza pela presença de dominadores e dominados. Muitas vezes, esta relação verifica-se de forma legitimada, onde os dominados cumprem obrigações em nome de fins coletivos, nos quais se faz necessária a confiança na autoridade do dominador. O poder é explicado pela função

de gerir a vida social, e não se limita a uma característica repressiva, mas, produtiva do aprimoramento de suas potencialidades.

Nos serviços de saúde, o desenvolvimento do modo de produção capitalista gerou modificações e necessidades de reorganização no sentido de promover a conservação e a recuperação da força de trabalho, precisando para tanto criar um ambiente para servir como local de cura. Desta forma, o hospital surge como instrumento terapêutico, no qual o poder é compreendido como disciplina e obediência (FOUCAULT 1993; BORENSTEIN 2000).

Na Enfermagem, o poder significa controle e disciplina, aos quais somos submetidos até em nossa vida privada, crescendo discreta, porém, continuamente. A regulação do comportamento e da expressão verbal, a rigidez da hierarquia, a divisão do saber e ou do fazer entre os trabalhadores de enfermagem, a disciplina nos gestos, a exigência de discrição, a repressão da demonstração de prazer são exemplos de controle na Enfermagem (FOUCAULT 1993).

Sendo assim, a enfermeira reproduz, automaticamente, a disciplina (manutenção da ordem estabelecida), em um contexto de discurso que faz referência ao nascimento do hospital, cuja origem está caracterizada pela ação de caridade, benevolência, dedicação e sublimação das pessoas pelo estabelecimento de normas e regulamentos e controle de seu cumprimento, mas que é reproduzido até hoje, em outros espaços de atuação da enfermeira. O legado moral baseado na abnegação e obediência às ordens médicas é um resquício forte na profissão de enfermagem, até os dias de hoje.

Estas conquistas de espaço pela enfermeira e o esforço no sentido de estabelecer teorias de enfermagem não representam uma ruptura total com o passado. Permanece sua historicidade como uma profissão prática, caracterizada pela obediência, segmentação em categorias de nível médio e superior, com subdivisão do trabalho e distanciamento entre o trabalho intelectual e o manual.

O processo de trabalho pode ser apreendido sob vários aspectos. Neste particular estudo, refletiremos a respeito das relações de poder no modo de produção capitalista, caracterizado pela divisão do trabalho em intelectual e manual, no parcelamento em seus elementos mais simples e em sua atribuição a trabalhadores diferentes. Com isso, procura-se promover um aumento da destreza manual de cada trabalhador individualmente e a economia de tempo na realização de cada tarefa.

Quanto à fragmentação do trabalho, BRAVERMAN (1987) menciona que:

(...) a consequência inexorável da separação de concepção e execução é que o processo de trabalho é agora dividido entre lugares distintos e distintos grupos de trabalhadores. Num local, são executados os processos físicos da produção; num outro, estão concentrados o projeto, planejamento, cálculo e arquivo (...) todos esses aspectos da produção foram retirados do interior da oficina e transferidos para o escritório gerencial. Os processos físicos são agora executados mais ou menos cegamente, não apenas pelos trabalhadores que o executam, mas com frequência também por categorias mais baixas de empregados supervisores. As unidades de produção operam como a mão vigiada, corrigida e controlada por um cérebro distante" (p.112).

No cotidiano da Enfermagem, a “*mão vigiada, corrigida e controlada por um cérebro distante*”, refere-se ao principal instrumento usado para o cuidar, ou seja, as mãos dos profissionais são vigiadas, controladas e disciplinadas pela enfermeira.

O trabalho, como processo coletivo, iniciou-se pela unificação e homogeneização das atividades afins, buscando uma única forma com a mesma finalidade social. Posteriormente, houve uma divisão em partes, levando à alienação caracterizada pelo desconhecimento do processo global do trabalho e apropriação do saber pelos trabalhadores intelectuais (SCHRAIBER 1993).

A alienação e submissão do trabalhador são fragmentações do

processo de trabalho. Assim, a divisão das tarefas garante a reprodução do modo capitalista e o distanciamento entre trabalhadores manuais e os que realizam atividades que exigem qualificação. Esta fragmentação é reproduzida pela gestão de Enfermagem.

A apropriação do conhecimento pelos gestores permite assegurar que o processo de trabalho desenvolve-se independente da capacidade dos trabalhadores, mas dependente dos métodos administrativos, pelo estabelecimento de cada fase do processo e elaboração de regras e instruções das tarefas a serem executadas, bem como dos meios a serem utilizados.

Em relação à divisão social do trabalho, BRAVERMAN (1987) menciona que: *“Enquanto a divisão social do trabalho subdivide a sociedade, a divisão parcelada do trabalho subdivide o homem, e enquanto a subdivisão da sociedade pode fortalecer o indivíduo e a espécie, a subdivisão do indivíduo, quando efetuada com menosprezo das capacidades e necessidades humanas, é um crime contra a pessoa e contra a humanidade”* (p.72).

Neste cenário, surge um novo elemento no processo de trabalho: o administrador que aparece, como figura fundamental: por meio dele, os donos dos meios de produção conseguem estabelecer canais de comunicação com os trabalhadores para aumentar a produtividade e a eficiência, minimizar os custos e maximizar os lucros.

Na Enfermagem, percebe-se uma dualidade manual/intelectual, na qual as atividades manuais são delegadas aos profissionais de nível médio, reconhecidos como cumpridores de tarefas simples, desconexas de um todo maior, ocasionando a fragmentação do saber entre os profissionais, conforme o grau de escolaridade. A concepção, a avaliação e o controle do trabalho são responsabilidades da enfermeira, que delega as atividades para serem executadas pelos outros profissionais da equipe, subordinados hierarquicamente a ela. Os demais profissionais de enfermagem, de menor qualificação, executam tarefas rotineiras e têm a missão de zelar pelo correto cumprimento das ordens.

A distribuição de poder na Enfermagem é exercida pelas enfermeiras que ocupam postos de comando, definida no interior de uma estrutura hierárquica de desvinculação do fazer intelectual do fazer manual que reproduz essa lógica em uma visão acrítica de suas ações profissionais. Até mesmo no cotidiano das organizações de saúde, existe uma visão determinística que traça perfis e dita as regras de conduta para reprodução do modo de produção capitalista (ROZENDO 1995).

Neste sentido, nas relações de poder na equipe de enfermagem, a enfermeira sob o nome de liderança, apropria-se do processo de organização do trabalho, tomando para si a responsabilidade total pelo processo, respondendo pela equipe e reproduzindo as relações sociais de classe, caracterizadas pela dominação/subordinação.

As relações sociais, por mais democráticas e participantes que sejam, ocorrem sob o exercício do poder e uso do controle, como instrumento regulador dessas relações para as quais se estabelecem limites, nem sempre formalizados, às vezes, velados.

Considerando a prática de saúde entendida como social e articulada às demais práticas, é necessário analisar o fazer da enfermeira na Saúde Pública.

Em 1970, em São Paulo, com o modelo de Programação em Saúde ocorreu a entrada formal da enfermeira nos centros de saúde, para desenvolver ações predominantemente administrativas, treinamento dos trabalhadores e desenvolvimento de ações que possibilitassem otimizar a consulta médica. Por ocasião da Reforma Sanitária, na década de 1980, acompanhando as mudanças trazidas pela expansão da rede ambulatorial dos serviços públicos de saúde, a enfermeira foi requisitada para exercer funções assistenciais e administrativas com predomínio destas (ALMEIDA 2001).

VILLA e col. (1997), realizaram um estudo histórico sobre a prática das enfermeiras nos serviços de Saúde Pública, verificaram que cabe à enfermeira a

necessidade de organizar racionalmente as atividades parcelares desse trabalho coletivo, assumindo a supervisão, coordenação e controle de todas as áreas de atendimento, além de estabelecer a articulação entre todos profissionais envolvidos no processo de trabalho.

Na década de 1990, observaram-se vários movimentos conflitantes na prática social da enfermeira. De um lado, decorrente das mudanças globais e com tendência a especialização e, por outro lado, em consonância com as políticas neoliberais, um generalista capaz de atuar nos diversos programas de saúde em comunidades carentes. Na época, começaram as indicações de enfermeiras para cargos de gerentes de unidades de saúde e gestores em Secretarias Municipais de Saúde.

A pesquisa realizada em 1997 pela Associação Brasileira de Enfermagem no Município de São Paulo mostrou que as atividades mais frequentes das enfermeiras na área de Saúde Pública eram ligadas à organização dos serviços, a fim de manter uma infra-estrutura para facilitar o atendimento médico. O estudo concluiu que a enfermeira mantém sua atividade histórica de criar condições necessárias para que o trabalho de saúde se processasse. Desse modo, as atividades de menor frequência eram as de caráter assistencial, complementares ao trabalho de outros profissionais e as específicas de caráter educativo, voltadas à Saúde Pública. Em nível nacional, a pesquisa constatou uma crescente participação de enfermeiras nos cargos administrativos das unidades de saúde ou em Secretarias Municipais de Saúde, caracterizada como uma tendência nos Estados de Minas Gerais, Paraná, Bahia, Rio Grande do Norte e São Paulo (ABEn 1999).

Diante disso, as enfermeiras ao emergirem aos cargos administrativos procuram atender às expectativas dos que lhes são hierarquicamente superiores, mantendo e reproduzindo as políticas organizacionais estabelecidas pela organização. A enfermeira precisa fazer uso de seu saber como espaço importante de poder, que transcende o controle burocrático e assume uma função social, promovendo a mudança da realidade de saúde da população.

O momento atual, da municipalização da saúde no Município de São Paulo, mesmo de forma incipiente, pode ser considerado como um indutor de mudanças organizacionais em virtude da nova relação de poder que se estabelece e na oportunidade para buscar ou promover novos processos de trabalho, no desenvolvimento de competências em que o técnico, o administrativo, o ético e o político sejam contemplados. Este é um grande desafio que se coloca às gestoras locais de saúde, notadamente, as enfermeiras.

Diante disso, novos questionamentos emergem: quais alternativas e estratégias as enfermeiras pesquisadas buscam para o enfrentamento das questões práticas de seu processo de trabalho? Qual seria o perfil da enfermeira para ocupar esse novo espaço profissional? Analisar a relação do trabalho na Enfermagem constituído historicamente em sua área de atuação permite avançar na caracterização do problema de investigação.

1.4 As competências profissionais no trabalho de Enfermagem: considerações gerais

As competências são construídas ao longo da trajetória profissional e estão condicionadas pelos contextos socioeconômicos e políticos, como expressão das relações na sociedade resultantes de negociações entre os interesses dos diversos atores envolvidos no processo de trabalho e representam a procura de caminhos, que viabilizem o agir reflexivo e competente, necessário ao enfrentamento desse novo espaço profissional.

Dentro desta perspectiva, é preciso fazer uma breve abordagem teórica do modelo de competências, visto que a aplicabilidade de referência deu-se na reforma educacional implementada no Brasil a partir da Lei das Diretrizes e Bases da Educação (LDB) Lei nº 9.394/96; não obstante, este estudo pretenda enveredar o desenvolvimento das competências na perspectiva das enfermeiras, Coordenadoras de

Saúde, e norteada pela experiência profissional (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO 1996).

Inicialmente, a noção de competência foi utilizada na Europa a partir de 1980, baseada na Ciência das Organizações. Surgiu em substituição ao modelo da organização taylorista/fordista. Desta forma, o cenário de pleno emprego com a produção em larga escala e a necessidade de força de trabalho não-qualificada, foram caracterizados por uma ação fragmentada, rotineira, prescritiva e repetitiva, sendo substituídos pela nova organização laboral que valoriza o trabalho polivalente, integrado, em equipe, com flexibilidade e autonomia (DELUIZ 2001).

Nesta nova ordem, é preciso diagnosticar, prevenir, antecipar, decidir e interferir em relação a uma dada situação concreta de trabalho que corresponde às alterações econômicas de competitividade no mercado de flexibilização dos processos de produção, de trabalho e imprevisibilidade das situações, que exigem que os trabalhadores tomem decisões e agreguem às atividades manuais, as mentais e as cognitivas.

A área da saúde também sofreu mudanças organizacionais, visando à racionalização dos recursos, entre os quais os humanos, além da reestruturação e incorporação de estratégias empresariais às políticas de gerenciamento de pessoas e uma nova e abrangente concepção de saúde, não mais centrada na doença, mas na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que provocam maior vulnerabilidade para adoecer.

Estas alterações repercutiram na aplicação do conceito de competência, acrescentando novos elementos na gestão do trabalho na busca de competitividade, produtividade e agilidade. Tal fato levou à necessidade de mobilizar o conhecimento incorporado, relacionando-o diretamente à prática, sobretudo, os relativos à gestão, ocasionando o desenvolvimento de aquisição da capacidade de diagnosticar, solucionar problemas, decidir, negociar e trabalhar coletivamente, enfrentando situações que estão em constantes mudanças e intervindo na melhoria da qualidade dos processos e serviços.

Desta forma, o trabalho tem uma tendência a se tornar mais complexo e autônomo. A complexidade advém do fato de que é preciso lidar com o novo, o incerto e o aleatório nas atividades de trabalho e autonomia que decorrem da responsabilidade individual na tomada de decisão e coletiva no trabalho em grupo.

No Brasil, a incorporação da noção de competências iniciou-se na graduação entre 1986 e 1989, baseada na preocupação em formar profissionais com apoio dos processos pedagógicos, transformando as informações em conhecimentos aplicáveis, em um processo crítico-reflexivo, comprometido com a transformação social (WITT e ALMEIDA 2003).

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) tem, como interesse precípua, a definição das competências a serem incorporadas na avaliação educacional aos profissionais de Saúde Pública. Para tanto, estabelece as seguintes competências: analíticas, culturais, educacionais, de comunicação, em gestão de informação, em ciências básicas da saúde, novos enfoques para o trabalho em equipe, auto-aprendizagem permanente, flexibilidade de adaptação à organização, condições de trabalho e incorporação de inovações (OPAS 1998).

No contexto do SUS, existe a necessidade de analisar as competências profissionais requeridas de forma mais específica, permitindo maior aproximação e visibilidade de sua importância à prática da Saúde Pública, tendo em vista a oportunidade de criar condições para a transformação, gerando um diferencial de resposta às necessidades e demandas de saúde de determinada região e sociedade, o que requer um compromisso social.

Existem várias concepções de competências, originárias de diferentes pressupostos teóricos, ancoradas em matrizes epistemológicas diversas e que expressam interesses, expectativas e aspirações de distintos sujeitos coletivos com propostas e estratégias sociais diferenciadas na ênfase atribuída ao mercado de trabalho ou ao indivíduo, na articulação ou desarticulação, entre formação geral e profissional.

Neste estudo, a noção de competência adotada é apoiada em uma concepção construtivista, compreendida como a capacidade de mobilizar saberes, incluindo, conhecimentos, habilidades, comportamentos e motivação que serão aplicados no enfrentamento das reais situações do cotidiano de trabalho.

Para PERRENOUD (2000), os saberes podem ser classificados em:

- "saber-saber", relativo às informações e conhecimentos teóricos, o aprender a pensar, a conhecer, que reflete a descoberta, a compreensão e a curiosidade;
- "saber-fazer", relacionado às habilidades psicomotoras, ter iniciativa e enfrentar novas situações;
- "saber-ser", orientado pelos valores, as atitudes, decisões e ações construídas com base nos referenciais estéticos, políticos e éticos, correspondendo à inteligência, responsabilidade, sensibilidade, respeito; e
- "saber-relacionar", constituído de forma articulada na relação social e mobilizado no trabalho coletivo com o significado de compreender o outro, aprender a viver junto e participar de projetos de cooperação.

Ao encontrar novos desafios, os sujeitos constroem novas competências, demonstrando o aspecto da dinamicidade, da necessidade de rever e reconstruir o saber, direcionando para o momento histórico, social, político e econômico, para o desafio da realidade, das situações-problema, das inquietações, expectativas e aspirações individuais e coletivas (DOMENICO 2003; PERRENOUD 2003).

Na saúde, a concepção de competência não se reduz à execução de tarefas e atividades relacionadas ao trabalho na dimensão técnico-instrumental, mas propõe a noção de competência humana do cuidado em sua dimensão ética, para assumir responsabilidades frente às situações complexas de trabalho, em uma

perspectiva social. Assim, antes de ser um conjunto de conhecimentos profissionais, a competência é a assunção de uma atitude social.

O estudo pretende identificar as competências profissionais que vão, além do processo de formação da graduação, na perspectiva de quem o vivencia, visto que este é construído em sua trajetória profissional.

Desta forma, busca focar como as exigências de tais competências apresentam-se às enfermeiras que passaram a exercer a gestão local nas Coordenadorias de Saúde, no contexto do SUS, tendo em vista os desafios que tal exercício encerra.

Diante desse cenário, este estudo tem como objetivos:

2 OBJETIVOS

Partindo do pressuposto de que a emergência do novo cargo de Coordenador de Saúde das Subprefeituras do Município de São Paulo criou condições para o desenvolvimento de novos saberes, no sentido de acompanhar as transformações da gestão, para contribuir na aproximação da realidade e o vislumbrar de um novo espaço profissional às enfermeiras.

O presente trabalho coloca como objetivos os seguintes enunciados:

2.1 Objetivo geral:

Analisar as competências desenvolvidas por enfermeiras Coordenadoras de Saúde — saberes incorporados e poder exercido — no processo de construção do SUS no Município de São Paulo.

2.2 Objetivos específicos:

Descrever o cenário do modelo político-organizacional atual da saúde no Município de São Paulo.

Caracterizar práticas e estratégias que as enfermeiras utilizam para o desempenho da gestão local na Coordenadoria de Saúde.

Identificar competências necessárias para que as enfermeiras possam exercer o cargo de Coordenadoras de Saúde e os desafios presentes.

3 Metodologia

3.1 O caminho metodológico e a seleção dos sujeitos da pesquisa

É possível nomear o primeiro momento, deste caminhar pelo tema da pesquisa de campo, como sendo o “momento exploratório”, uma vez que se refere ao processo de contato com a realidade, ao conhecimento da problemática, à delimitação dos recortes do objeto e à definição do procedimento metodológico adequado à investigação.

Inicialmente, o processo para delimitar o objeto de estudo consistiu na apreensão da realidade, visando trazer as inquietações e vivências sob uma abordagem reflexiva. Esta fase caracterizou-se por vários contatos e conversas que permitiram o norteamento e delimitação do tema.

Tendo em vista que, segundo QUIVY E CAMPENHOUDT (1992), *“Nenhum dispositivo metodológico pode ser aplicado de forma mecânica... Para cada investigação, os métodos devem ser escolhidos e utilizados com flexibilidade, em função de seus objetivos próprios, do seu modelo de análise e das suas hipóteses”* (p.231). Assim, algumas decisões metodológicas específicas foram tomadas, considerando a problematização do tema e objetivos da pesquisa.

Dentre os vários recortes possíveis, optou-se pelo estudo das competências para o cargo de Coordenador de Saúde das Subprefeituras, em razão das mudanças na gestão pública e pela importância da reformulação de saberes e práticas para o exercício dessa nova posição hierárquica. Por outro lado, o estudo centraliza-se nas enfermeiras, que estavam à frente na Coordenadoria de Saúde, na busca da compreensão das estratégias de que se valem para o enfrentamento desse novo espaço profissional.

O entendimento de gestão foi adotado, privilegiando-se as entrevistadas que se consideravam e se autodenominavam gestoras de saúde local. É claro que um modelo de gestão é construído por todos os envolvidos em sua realização, porém, a responsabilidade, mesmo que compartilhada ou delegada é do gestor. Portanto, neste estudo, só foram consideradas as enfermeiras Coordenadoras de Saúde, que são responsáveis pelos serviços de atenção primária, já que o desenvolvimento das competências profissionais, para que possam atuar nesse novo espaço, é de interesse da pesquisa.

Neste estudo gestão é compreendida não como um modelo prescritivo e formal e, sim, produzida como um trabalho concreto, no processo político do trabalho vivo no cotidiano das organizações de saúde (TESTA 1997; MERHY 1999).

Embora a atual concepção de gestão incluía a participação de outros profissionais superiores, subordinados e colaterais, optou-se por trabalhar com as enfermeiras que estavam envolvidas, hierarquicamente, com a responsabilidade da ação na saúde, em nível local e que respondiam diretamente à Secretaria de Saúde do Município de São Paulo, embora o trabalho fosse coletivo.

Assim, os sujeitos da pesquisa, são todas as enfermeiras ocupantes dos cargos de Coordenadoras de Saúde nas Subprefeituras no Município de São Paulo à época da pesquisa de campo, realizada de 11/03/2004 a 20/6/2004, totalizando quatro.

Tendo em vista a natureza qualitativa da pesquisa, vale considerar que, para FREITAS (2002), o pesquisador deve se preocupar com a qualidade e não a quantidade das entrevistas a serem realizadas, nesta modalidade de investigação. De qualquer forma, as quatro enfermeiras representam 100% da população que, à época da coleta de dados exerciam o referido cargo.

Além disso, as narrativas das entrevistadas possuem fundamental importância na percepção do significado da reorganização do processo de

municipalização, como agentes e sujeitos históricos. Assim, sua “representatividade” é indiscutível, visto que o processo decisório obrigatoriamente as envolvia de forma direta.

A reflexão foi feita a respeito da relação entre formação e trajetória profissional das entrevistadas e sua nova atuação, como Coordenadoras de Saúde nas Subprefeituras. A história oral foi usada como um recurso metodológico fundamental para garantir uma dimensão prática e ética a esta questão, pois, ao dar voz aos sujeitos, nas narrativas ocorre a valorização do relator e de suas experiências. Desta forma, procurou-se minimizar situações constrangedoras que poderiam ter ocorrido na abordagem do tema, considerando a emergência do cargo e exposição dos sujeitos.

3.2 A escolha da metodologia qualitativa

Escolher a modalidade de pesquisa capaz de percorrer a dimensão técnica da prática da Enfermagem, permeada pela dimensão social, ou seja, pelas práticas e saberes percebidos, como parte da vida em sociedade, pressupõe um “mergulho” pelo interior do trabalho, um resgate do percurso das relações entre essas enfermeiras e seu cotidiano profissional, das competências desenvolvidas na trajetória profissional e das condições quanto ao imaginário profissional, o ideal e o real do trabalho.

Para a compreensão do momento presente, foi realizada uma análise da questão sob uma perspectiva histórica, ou seja, procurar conhecer os fatos através dos tempos e investigar, o momento presente, como um processo social de mudança, que se iniciou no passado.

QUEIROZ (1998) define a história oral, como o relato de um narrador sobre sua existência através do tempo, tentando reconstruir os acontecimentos vivenciados e transmitir a experiência de vida adquirida, dos aspectos

que considera significativos. Afirma que toda a narrativa envolve a construção, elaboração, seleção de fatos e impressões, que resultam em um relato referente a uma versão dos fatos, e não os fatos em si.

Para MEIHY (2002), a história oral é o retrato oficial do depoente, sujeito primordial e também o colaborador que tem maior liberdade para dissertar o mais livremente possível sobre sua experiência pessoal. Nesse caso, deve ser dado ao depoente espaço para que sua história seja encadeada, segundo sua vontade e condições.

A história oral foi adotada por permitir, por meio de relatos individuais, conhecer a formação e a trajetória profissional das enfermeiras. Estas vivenciaram e vivenciam, como Coordenadoras de Saúde, o processo de retomada da municipalização. Daí, uma aproximação dessa vivência, resgatando o processo de mudança, não só os fatos, mas, apreendendo os comportamentos, valores, significados, percepções e interpretações, na busca da compreensão da pessoa como sujeito e agente no processo histórico, possibilitando um repensar de suas práticas passadas e atuais, dando-lhes voz por meio de suas falas, é material indispensável aos objetivos da pesquisa.

A riqueza dos dados consiste no fato de que as narrativas da experiência de vida do trabalho dessas enfermeiras representam lembranças de situações vivenciadas, em uma perspectiva individual e social e que, por meio desses relatos pessoais se delinham suas relações sociais com os grupos, dos quais fazem parte, neste processo de construção do SUS no Município de São Paulo comprometidas com a Saúde Pública.

Assim, ao se buscar este tipo de acontecimento por intermédio de sua representação no relato individual, tem-se a grande vantagem da técnica poder expressar o coletivo, que se pode recuperar nas narrativas obtidas, por uma riqueza ímpar: o coletivo explorado pela reconstrução pessoal. Trata-se da re-produção do fato social, na experiência socialmente vivida e na reflexão que a relata, proporcionando o reflexo da dimensão coletiva baseada na visão individual (SCHRAIBER 1995).

Portanto, buscou-se a expressão desse movimento histórico da prática em Saúde Pública, em um misto de lembranças das histórias pessoais da vida do trabalho com reflexões mais gerais sobre sua prática, saberes e processo de transformação. Nesta perspectiva, foi possível buscar o ocorrido pela sua representação e reconstrução pessoal, as situações, as experiências pessoais vividas e ao resgatar esses fatos vivenciados, reconstituir sua trajetória profissional e criar um momento de reflexão.

As entrevistadas expressam concepções a respeito do movimento, das mudanças que experimentaram e, ao mesmo tempo, é uma reconstrução do vivido em um trabalho de recordar e refletir, já que as práticas de saúde são sociais. As implicações dos procedimentos de captação da memória dependem diretamente do vínculo que se faz do indivíduo em relação ao contexto em que se inscreve.

Para THOMPSON (2002), a verdade está na versão oferecida pelo narrador, soberano para revelar ou ocultar casos, situações e pessoas. Pelo encaminhamento mais comum, que se adota para a história oral, a periodização da existência do informante é um recurso importante, pois organiza a narrativa acima dos fatos que serão considerados em contextos vivenciais subjetivos.

Assim, cada narrativa representa a forma pessoal de expressar o grupo ou o social, o que cada um fala e o modo como narra são construções que se determinam na vida em sociedade, que correspondem a um modo de relatar e, por isso, a entrevista produz uma interpretação daquele que fala, trabalhando na própria subjetividade a objetividade do real, experiência que produz concepções a respeito do real que lançará mão em seu relato, sendo levado também a repensar sua prática vivida, questões problematizadas no passado e recuperadas no presente.

Segundo MEIHY (2002), a presença do passado no presente imediato das pessoas é a razão de ser da história oral “...*garante sentido social à vida de depoentes e leitores, que passam a entender a seqüência histórica e se sentem parte do contexto em que vivem*”(p.15).

3.3 Processo de coleta de dados

O projeto de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo – COEP e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de São Paulo (Anexo 1), dando-se início a coleta de dados.

Assim, foi feito um contato pessoal com as enfermeiras para esclarecimento sobre minha identidade como pesquisadora, a finalidade acadêmica, os objetivos, a forma de registro dos dados, a apresentação da entrevistadora, uma cientista social com experiência na metodologia adotada, além da solicitação do Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2), que foi assinado em duas vias, sendo uma entregue à entrevistada e a outra permaneceu com a investigadora.

No primeiro encontro, foi estabelecido uma espécie de “contrato de entrevista”, com a duração presumível de cada sessão condicionada à disponibilidade e possível cansaço da narradora e da entrevistadora e pela possibilidade, se necessário, de um maior número de encontros.

As participantes demonstraram uma atitude receptiva e de interesse em relação às conclusões da pesquisa, que podem contribuir ao novo modelo de gestão que integram. Dispuseram-se, também, a fazer o contato com os Subprefeitos para que fosse possível, mediante entrevistas específicas, obter esclarecimentos sobre a nova organização político-administrativa.

Em um segundo momento, as entrevistas iniciaram-se com o agendamento prévio, conforme disponibilidade das entrevistadas e da entrevistadora. Houve o cuidado para que todas fossem realizadas por uma única pessoa, com formação diferente das entrevistadas e experiência na metodologia escolhida, uma cientista social. Desta forma, procurou-se proporcionar maior neutralidade e liberdade à narrativa, refletindo sobre o passado e presente para que o momento da entrevista se mostrasse não só como forma de entender e captar o outro, sem juízo de valores, mas

fazer-se entender, tanto pelas histórias como pelo olhar distinto do entrevistador e do entrevistado.

É importante salientar o cuidado tomado na abordagem das narrativas. Antes de iniciar o encontro, assegurou-se às entrevistadas que elas teriam todo o direito de não falar sobre aquilo que não fosse conveniente, solicitar o desligamento do equipamento quando considerassem necessário ou censurar trechos da entrevista gravada e de sua respectiva transcrição e, além disso, procurou-se não interferir na fala ou fazer juízo de valor durante a entrevista.

No início, a enfermeira era convidada a falar livremente de sua vida, a partir daí indagava-se e voltava-se às questões e problemas em estudo, sempre que necessário. A metodologia adotada pareceu mostrar-se como a mais adequada no decorrer do trabalho, de forma a não cercear o informante ou gerar situações constrangedoras, no sentido de colocar as entrevistadas num espaço de reflexão a mais sobre suas práticas cotidianas e sobre o trabalho que realizavam como um todo. Foi o momento de lembrar, rompendo com o cotidiano, trazendo o passado para o presente, criando o distanciamento necessário desse passado e a possibilidade de reflexão (SCHRAIBER 1993; SANNA 1999, FREITAS 2002).

As entrevistas foram orientadas por um roteiro semi-estruturado (Anexo 3) com questões abertas, um estímulo à livre narrativa; no entanto, todas as questões foram abordadas por todas as entrevistadas, a fim de garantir que os objetivos fossem contemplados, assumindo um papel de guia, utilizado para orientar o entrevistador na apresentação dos temas estimulantes ao relato.

O uso do roteiro não foi feito de forma rígida, visto que muitas questões foram surgindo espontaneamente nas narrativas no transcurso da entrevista e estas, às vezes, suscitaram outras. Neste estudo, importantes questões não previstas foram introduzidas já na primeira entrevista, o que resultou em um momento de enriquecimento da pesquisa, proporcionando reflexões em relação à formação da equipe da Coordenadoria de Saúde e dos profissionais que dela fazem parte. No decorrer da entrevista, a fala tornou-se mais densa a respeito de sua região, perfil

epidemiológico, recursos, estratégias e atividades do dia-a-dia e seu próprio trabalho. Outras questões surgidas, espontaneamente, referiam-se ao papel e à responsabilidade social da prática das enfermeiras e sua relação com o Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP).

Os relatos constituíram-se em uma rica experiência sob a perspectiva da metodologia científica, quanto ao tratamento das questões refletindo um pensamento crítico e articulado, indicando a importância, como cada questionamento foi percebido pela enfermeira que, ao percorrer sua vida no trabalho, na formação e na aproximação com seu papel no atual cargo, criou um momento de análise, cujas narrativas mais livres fizeram emergir o valorizado, as conquistas, os desafios, o problemático, as mazelas e dificuldades do dia-a-dia.

A escolha do local também foi considerada importante para obter as melhores condições na realização das entrevistas, de forma a facilitar a verbalização e o resgate das lembranças. Neste estudo, todas as enfermeiras preferiram o local de trabalho pela sua praticidade, evitando deslocamentos, considerando a longa jornada diária de trabalho, de quase 12 horas.

O tempo de duração e o momento de encerrar a entrevista foram estabelecidos no transcorrer do trabalho de campo, variando para cada sujeito, conforme a exaustão do tema e a dinâmica do relato pelos fatos e seu desencadeamento, criando formas de intervenção e narrativas nos distintos momentos da história pessoal recordada, que não se repete de uma a outra entrevista. Estas foram direcionadas nas potencialidades do diálogo para adquirir formas distintas de tratamento dos temas a cada entrevistado.

As entrevistas com as enfermeiras foram gravadas em fita cassete, totalizando 8 horas de material registrado.

Posteriormente, a transcrição de cada narrativa foi feita literalmente e em sua íntegra, de modo fiel ao contido na gravação. Os textos foram entregues, pessoalmente, pela pesquisadora às entrevistadas, para que fossem revistos, com a complementação ou alteração de dados, trechos, datas, situações e nomes.

Em um terceiro momento, a coleta final do texto foi feita pela pesquisadora, após a liberação da entrevistada. A fase de leitura da transcrição das narrativas pelas entrevistadas durou de dez dias a três meses.

Este procedimento foi importante para que a narradora pudesse avaliar a entrevista, garantindo, desta forma, não só o cumprimento dos preceitos éticos e legais sobre a pesquisa com seres humanos, mas também o tempo para leitura e revisão das informações, sobretudo por se tratar de relatos de pessoas proeminentes e, portanto, públicas. Esta fase, denominada transcrição, foi realizada pelas entrevistadas.

Na comunicação verbal, com o uso da linguagem coloquial, foram observadas repetições de palavras e idéias, termos onomatopéicos, nos quais as idéias fluíram e foram expressas sem obedecer às regras que regem o texto escrito, sendo necessário que a transcrição se constituísse em um recurso de decodificação de linguagem que exige várias audições do material para prevenir distorções de seu significado.

Ao final, a pesquisadora fez a edição do texto para “limpar” as falas, excluindo, os vícios de linguagem e os erros gramaticais a fim de garantir a maior continuidade das narrativas, retirando-se as intervenções do entrevistador.

O Secretário Municipal de Saúde de São Paulo e dois Subprefeitos foram entrevistados e o critério adotado baseou-se na facilidade de contato e agendamento, sendo considerados como “informantes preferenciais”, fontes secundárias para a definição do tema, análise da problemática e refinamento dos instrumentos de coleta e análise de dados. Um roteiro semi-estruturado foi utilizado nas entrevistas (Anexo 4).

As entrevistas com os Subprefeitos e o Secretário Municipal de Saúde foram realizadas pela própria pesquisadora, sendo gravadas em fita K7 e norteadas por um roteiro temático, com questões estruturadas. A duração total de 1 hora e 40 minutos, no período de 08 de março a 29 de abril de 2004.

3.4 Tratamento e análise dos dados

As enfermeiras falam da Enfermagem e do cargo de Coordenadora de Saúde, seus saberes e práticas, desafios, estratégias e suas concepções a respeito do processo de descentralização do poder no Município de São Paulo. Ao dar voz às gestoras locais, diferentes olhares, percepções e histórias foram obtidos. Por isso, neste estudo, adotou-se uma metodologia para contemplar a continuidade e a descontinuidade, os equívocos, as comparações, as idealizações, as insatisfações, ultrapassando o racional e o lógico.

A análise qualitativa dos dados foi privilegiada pelo universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que correspondem ao espaço mais profundo das relações, dos processos e fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis numa proposta de busca dos significados, saberes e ações (MINAYO 1992).

Neste estudo, a análise busca no contexto o sentido das palavras, as categorias às quais as narrativas se referem, que não se limitam à sua definição, mas também, expressam uma concepção ideológica, considerada no processo histórico-social, no qual as palavras, as expressões e proposições são produzidas.

Após a coleta e transcrição dos dados, iniciou-se o processo de leitura das narrativas que compreendeu três momentos distintos: no primeiro, procedeu-se à leitura de cada entrevista, realizada com base no roteiro para estabelecer contato com os relatos impressos, com as questões surgidas e as recorrentes, podendo, assim, ser feito um mapeamento provisório de interpretação.

No segundo momento, foram feitas múltiplas leituras verticais, apoiadas na leitura apurada de cada relato, isolado, buscando-se as singularidades. Finalmente, no terceiro momento, realizou-se uma leitura horizontal e cada narrativa foi interpretada com referência às demais. O estudo de cada caso específico, das situações particulares e delimitáveis, permitiu uma aproximação da percepção que as

peças têm da realidade que as cerca, especificamente, o cotidiano das práticas das enfermeiras e o processo de descentralização político-administrativo no Município de São Paulo.

Na análise do material coletado, as singularidades foram tematizadas apoiadas no mapeamento provisório e atualizadas no decorrer do processo de impregnação e interpretação, sempre direcionadas pelos referenciais teóricos que orientam o estudo (BARDIN 1997).

As unidades de registro e de contexto, os trechos significativos foram se definindo e foi feito um levantamento das categorias presentes na fala das enfermeiras, para reunir as idéias e valores expressos em relação aos temas previamente definidos, visando a revelar o conteúdo subjacente ao discurso manifesto, que inclui a apreensão das ideologias e valores que moldam os comportamentos estudados, considerando-se o contexto histórico e social no qual a fala é gerada.

No que se refere às entrevistas com os Subprefeitos e o Secretário Municipal de Saúde, estas foram transcritas e utilizadas em função da análise das categorias definidas nas entrevistas com as Coordenadoras de Saúde, para aprimorar a discussão dos dados.

Finalmente, os resultados obtidos foram articulados com os pressupostos teóricos da pesquisa, tendo em vista os objetivos propostos.

4 RETRATO FALADO: NARRANDO HISTÓRIAS E FAZENDO HISTÓRIA

Neste capítulo, as enfermeiras entrevistadas foram caracterizadas com base na análise das narrativas e, portanto, privilegiando suas próprias concepções e a observação do pesquisador de forma singular e única, valorizando cada história, individualmente, sem correlacionar as entrevistas entre si.

A apresentação inicial das entrevistadas permite conhecê-las para que, nos capítulos subsequentes, possa ser analisada a referência pessoal de cada discurso e fragmento das narrativas. As entrevistadas receberam nomes fictícios, associados com pedras preciosas, como forma, de retribuir a preciosidade de seus relatos.

As conversas foram densas e longas, assim criou-se um eixo norteador para a compreensão das entrevistadas, privilegiando algumas categorias iniciais, segundo os temas de interesse deste estudo.

Inicialmente, as entrevistadas serão apresentadas em sua história de vida profissional até o cargo atual, só Pérola assumiu a responsabilidade pela Coordenadoria de Saúde, em 2003; as demais enfermeiras já eram Diretoras dos Distritos de Saúde em 2001.

Diamante:

Diamante tem 54 anos, nasceu no interior de São Paulo, viveu desde os seis anos de idade em São Paulo, em Osasco. É casada, tem dois filhos. Graduiu-se em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 1979.

Demonstrou muita força de vontade e esforço para conseguir estudar, vencendo as dificuldades econômicas e conciliando os estudos, trabalho e

casamento. Trabalha desde os 14 anos mantendo em sua trajetória profissional mais de um vínculo empregatício, além de buscar aprimoramento constante, demonstrando traços de persistência, firmeza e luta para alcançar seus objetivos.

Este enfrentamento pareceu-lhe dar maturidade e, ao mesmo tempo, força e firmeza que hoje se apresentam como uma vitória na luta diária diante dos desafios e dificuldades, que se traduzem em orgulho e sensação do dever cumprido, sempre trabalhando com dois vínculos empregatícios e conciliando várias atividades e funções: ensino, pesquisa, administração e assistência.

Sua narrativa e postura indicam serenidade, experiência, equilíbrio emocional e sensatez, em especial quando reflete a respeito da graduação e a correlaciona com as necessidades de seu cargo atual. Valoriza sua formação na graduação, com ênfase, nos aspectos administrativos e assistenciais.

Construiu sua trajetória de vida profissional com diversidade de atividades relacionadas à assistência individualizada e coletiva, com experiência no setor público e privado, valorizando todas essas vivências. As narrativas revelam a transitoriedade das ações e a influência das diversas políticas nos distintos contextos institucionais. Observa-se forte experiência administrativa, desde o início de sua atividade profissional.

Por meio de seus relatos e pela trajetória, fica bem clara a opção pelo setor público, mas valoriza alguns aspectos da lógica do setor privado, em especial aqueles relacionados ao custo, orçamento, produtividade e qualidade.

Demonstra uma visão do cuidar, que contempla desde o planejamento até a realização da intervenção de enfermagem, privilegiando tanto as atividades administrativas, como as de assistência direta.

Gosta do que faz e procura sempre fazer melhor na busca do aprimoramento profissional, direcionado a sua prática e necessidades do dia-a-dia, ampliando a reflexão sobre seu cotidiano, valorizando o conhecimento científico, a confiança na Enfermagem e em sua equipe de trabalho.

Hoje, ao avaliar sua escolha profissional, tem certeza da opção correta, da realização profissional e da sensação de vitória.

Desde março de 2001, atua como Coordenadora de Saúde, seu único vínculo atual é com a Prefeitura do Município de São Paulo, na qual trabalha desde 1981.

Esmeralda:

Esmeralda tem 56 anos, nasceu em Araçatuba, no Paraná; veio a São Paulo para estudar. É casada e tem um filho. Fez o ensino fundamental em colégio religioso e depois em escola pública. No ensino médio, cursou a área de Biomédicas e o colégio técnico de secretariado. Graduiu-se pela Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Sorocaba.

Ao fazer a opção profissional, sentiu dúvida: ser astronauta ou enfermeira? Ao se pensar nesta questão, percebe-se uma vontade entre trabalhar em órbita planetária ou em uma dura realidade, sobretudo, quando expressa as mazelas de sua região e refere-se à sua atividade como "... *amassei muito barro...*" mas, de qualquer forma, a Enfermagem proporcionou-lhe a conquista de um espaço, que não foi sideral e, sim, profissional.

Demonstra busca pelo aprimoramento profissional, direcionado à sua prática e às necessidades do cotidiano, valoriza o conhecimento científico evidenciado por uma posição de destaque em concurso público, a escolha do local de graduação em escolas de referência no ensino que exigem qualidade e dedicação e responsabilidade pela formação dos profissionais.

Os relatos apontam aspectos de sua vida que sugerem a procura de desafios. Parece uma mulher à frente de seu tempo, persistente e assumindo uma posição clara de luta no que acredita, sua vida foi marcada por opções que lhe exigiram assumir riscos.

A sua fala é densa, assinalada por uma retrospectiva histórica sempre acompanhada de uma análise pessoal, com riqueza de detalhes, procurando contextualizar e refletir, o que é muito interessante.

Assim, esta entrevista caracterizou-se nitidamente por um momento de reflexão presente sobre o passado. A narrativa demonstra aspectos de sua vida que sugerem um comportamento de luta pelas convicções políticas e ideais, não aceitando passivamente os fatos, confrontando idéias e posições, pois, em alguns momentos, indicam que essa atitude criou situações desgastantes com um preço a ser pago que, possivelmente, poderia ter tido outro desfecho.

Nos relatos demonstra uma participação política, engajando-se nas lutas da comunidade e fóruns de debate de participação popular e no processo de municipalização da saúde, desde os anos de 1980, e fazendo oposição ao PAS.

Trabalha desde os 11 anos de idade. Em sua intensa trajetória profissional na Enfermagem, demonstra valorização pela experiência profissional anterior à graduação, pelos aspectos da disciplina, organização, sempre conciliando funções assistenciais e administrativas, sem dicotomia, relacionadas diretamente ao cuidar individual e coletivo.

Nas organizações hospitalares, em que trabalhou, realizou atividades de grande complexidade que requeriam experiência e especialização, atuou em Pronto-Socorro, Unidade de Terapia Intensiva, Unidade Semi-Intensiva, Recuperação Pós-anestésica e, ao mesmo tempo, com aquelas relativas à saúde coletiva, complementando-se. Ao discorrer sobre sua atividade hospitalar, enfatiza sua importância por facilitar a aquisição de agilidade, presteza e capacidade de avaliação, necessárias à gestão local.

Exerceu múltiplas atividades, em setores diversos e com vários vínculos empregatícios simultaneamente, desde instituições de direito público (federal, estadual e municipal) e privado, sendo esta última referência citada apenas no final da entrevista, porém não se deteve sobre o tema, demonstrando que privilegia sua

experiência profissional em organizações públicas.

Percebe-se uma característica de trabalho pragmático, envolvida com a região que coordena, conhecendo e estando próxima da população e de suas lideranças. Além disso, assume uma posição de responsabilidade pela profissão, com sua participação em órgãos da categoria profissional, como o sindicato de enfermeiras, no entanto, sente limitações para atuar no ensino.

Em sua narrativa, refere-se às pessoas sempre pelo primeiro nome, denotando familiaridade, proximidade, o estar perto, o estar junto, fazendo a história. Ao falar sobre sua equipe de trabalho, identifica as pessoas pelo nome e a função, despreocupando-se com a formação profissional.

Rubi:

Rubi tem 47 anos. Separou-se há um ano e não possui filhos. É natural do interior de São Paulo, de Matão e mora há 40 anos na capital. Graduiu-se pela Escola Paulista de Medicina – Departamento de Enfermagem, em 1982, com Habilitação em Saúde Pública.

Em seu aprimoramento profissional, buscou valorizar uma aprendizagem direcionada à Saúde Pública, porém, com enfoque multiprofissional e um vislumbrar mais amplo, para além da Enfermagem.

Valoriza as atividades assistenciais, as administrativas, de pesquisa e ensino, privilegiando a aproximação da teoria com a prática, em especial, em sua atividade docente-assistencial.

Possui clareza da opção pela Saúde Pública, que se iniciou já na escolha da profissão, pois queria ser uma enfermeira de Saúde Pública e argumentou sobre a maior autonomia deste tipo de atuação, quando comparada à enfermeira de organizações hospitalares. Sua única experiência hospitalar ocorreu na graduação, em que pôde perceber ausência de afinidade para com esta modalidade de assistência.

Expressou uma posição político-partidária e preocupação com a transitoriedade dos cargos e a descontinuidade de algumas ações nas organizações de direito público.

Em relação à liberdade de ação da enfermeira em saúde coletiva, é interessante ressaltar que, em sua vida profissional, vivenciou os limites dessa suposta autonomia a que sempre se referiu, deixando de modo claro às dificuldades de ser mulher e enfermeira, confrontando-se com a hegemonia médica na área da saúde.

A questão do poder está presente nos relatos sobre a busca do saber, na escolha dos cursos de aprimoramento profissional, privilegiando dentre suas atividades a de ensino e sua relação com uma universidade federal conceituada, representando os interesses dessa organização de ensino na região e as possibilidades de abertura de espaços profissionais.

Em suas narrativas, ao buscar na memória os fatos do passado, nota-se um certo saudosismo, sobretudo, em relação ao compromisso dos profissionais com a saúde nos anos de 1980. É interessante notar que ela fez referência à maior participação e engajamento dos profissionais durante o movimento da Reforma Sanitária.

O saudosismo também se expressa ao falar de sua experiência profissional na cidade de São Roque, quando descreveu as facilidades de trabalhar em uma região pequena e poder ajudar a construir uma rede de serviços de saúde, ampliando, aos poucos, as atividades quando comparadas com as atuais, sobretudo, no que diz respeito à região que coordena com uma grande área de abrangência, diversos recursos de saúde e de ensino, porém, com múltiplos interesses políticos.

Pérola:

É casada, sem filhos, 26 anos, paulistana. Aos quatro anos de idade foi morar no Bairro do Grajaú onde permaneceu até a faculdade. Desde que assumiu a

Coordenadoria de Saúde, em 2003, mora na região onde trabalha. Em 1999, graduou-se na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Valoriza sua origem simples, da periferia de São Paulo onde morava em um conjunto habitacional popular e toda sua formação escolar em instituições públicas. Demonstra identidade com a “coisa pública” e a recusa pelo trabalho em organizações de direito privado. Percebe-se um certo orgulho pela sua trajetória considerada vitoriosa.

Em suas narrativas, há uma constante dualidade entre as atividades de cuidado direto e indireto da Enfermagem, deixando clara sua opção pela administração, justificando, desta forma, a pouca experiência profissional na área assistencial.

Ao falar sobre a profissão de enfermeira, enfatiza sua graduação, a importância de uma escola de referência e a qualidade de ensino e analisa, com preocupação, o momento atual em razão da presença de várias instituições privadas de ensino de graduação de enfermagem. Critica o direcionamento curricular de sua escola de origem, com ênfase na assistência hospitalar.

É militante do Partido Comunista do Brasil (PCdoB) desde os 15 anos e, ao descrever sua região, utiliza um discurso político, demonstra entendimento e análise das situações problemáticas, como as questões da profissão, o poder da Enfermagem em relação à representatividade majoritária e a influência da enfermeira direcionando e articulando os profissionais de nível médio da enfermagem numa lógica política.

Privilegia o trabalho em equipe, sua representatividade nos fóruns de debate e sua participação na comunidade, inclusive, mudando-se para a região onde trabalha para fazer parte da população e ser usuária dos serviços públicos, vivenciando o governo local.

Em suas falas, todas as entrevistadas demonstraram espírito empreendedor, direcionado ao planejamento, implantação e organização de serviços, aplicando os conhecimentos administrativos da graduação de enfermagem. Acreditam também no serviço público, no SUS, na coisa pública e no processo de trabalho coletivo.

Cada entrevistada, independente do tempo de experiência profissional, demonstrou destaque nas atividades profissionais com ascensão às funções administrativas e nomeação para cargos de confiança, citadas nas narrativas por atividades de coordenação, supervisão, gerência, assessoria de direção e direção de serviços de enfermagem, portanto, exercendo cargos que requeriam compromisso e dedicação.

Assim, neste capítulo foi apresentado um retrato e uma síntese da vida profissional das enfermeiras entrevistadas, que serão melhor detalhadas no decorrer da investigação.

5 O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO E MUNICIPALIZAÇÃO DA SAÚDE: O RENASCER DAS CINZAS

Este capítulo tem o objetivo de buscar compreender o encaminhamento do processo de implantação das Subprefeituras no Município de São Paulo, especificamente, na área da saúde, possibilitando a concretude dos princípios e diretrizes do SUS. Neste momento de reformulações, de novas concepções administrativas, de redefinição de papéis e saberes que organizam e legitimam esta nova ação de saúde, tendo em vista transcender as ações normativas ou prescritivas.

5.1 O processo de (re)construção do SUS: compreendendo o novo modelo político-administrativo

Nesta pesquisa, a terminologia reconstrução foi adotada, por emergir das falas das enfermeiras entrevistadas, quando se referiam ao trabalho de descentralização da saúde, iniciado em 1989, na gestão Luiza Erundina e interrompido nas gestões Maluf (1993-1996) e Pitta (1997-2000), em decorrência da implantação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS), em 1995, pela ausência de diretrizes programáticas e articulação das unidades de saúde, consideradas como autônomas.

É importante considerar que o processo de descentralização e a desconcentração da estrutura administrativa, ocorridos na implementação do SUS sejam entendidos como parte de um processo político e social com expressões jurídico-administrativas.

Portanto, é indispensável estabelecer uma reorganização e operacionalização da rede de serviços para o atendimento das pessoas em uma

determinada área geográfica, pressupondo a divisão do poder político, administrativo e dos recursos para o nível local (áreas de abrangência das Subprefeituras), no qual persiste uma variabilidade das características epidemiológicas, sociais, culturais, econômicas, políticas, entre outras, representativas de cada região. Percebe-se a necessidade de fornecer resposta às desigualdades que se ampliam com a estagnação econômica e o desemprego, decorrendo daí o aumento do número de pacientes SUS.

Pelos dados da Fundação SEADE e do Dieese, a taxa de desemprego em agosto de 2002*, no Município de São Paulo foi de 18,3%, com crescimento de 2% em relação ao mês anterior (SEADE 2004).

Em 2001, a SMS considerou a distritalização, o modelo mais adequado à municipalização da saúde, pautado na experiência anterior ocorrida no entre 1989 e 1992.

A referência teórica da concepção de Sistemas Locais de Saúde – SILOS e o aparato legal em favor dos Distritos existem desde 1990 (Lei Federal nº 8.080 de 1990, nos termos contidos no Art. 10, que diz “*no nível municipal, o Sistema Único de Saúde – SUS, poderá organizar-se em distritos de forma a integrar recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde*” (BRASIL 2004).

No primeiro momento, em fevereiro de 2001, a descentralização da administração municipal contemplou 41 Distritos, com média de 250.000 habitantes e com ela iniciou-se a negociação para a municipalização da rede básica estadual sediada em São Paulo (INOJOSA 2003).

Na implantação dos Distritos no Município de São Paulo, tendo em vista a implantação de um novo modelo de gestão em saúde foram determinadas as principais diretrizes: participação social em todos os níveis de gestão; descentralização administrativo-financeira; municipalização dos serviços de saúde;

* A referência a este período deve-se ao momento oficial de implantação das Subprefeituras.

projetos prioritários que reflitam os compromissos assumidos na Agenda de Saúde e Plano Municipal de Saúde; integração horizontal e vertical; análise das necessidades de serviços com base na demanda e desenvolvimento das tecnologias de gerenciamento (DONNINI 2003).

Conforme ALVES SOBRINHO (2003), foi realizado um trabalho articulado dos governos Federal, Estadual e Municipal e, no final de 2001, todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) estaduais (96), 13 hospitais, 16 ambulatórios de especialidades e 12 prontos-socorros estavam funcionando articulados com os serviços de saúde municipais, sob a gerência unificada da SMS.

Houve a incorporação da rede formada pelas grandes universidades, da rede filantrópica, de hospitais privados e entidades de assistência social, inclusive, com a formação de distritos-escola.

Em 15 de fevereiro, o Município de São Paulo foi formalmente habilitado na condição de Gestão Plena da Atenção Básica pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

CAPUCCI (2003) menciona os três eixos fundamentais para a municipalização da saúde: a descentralização na forma dos Distritos de Saúde, a instalação do programa de Saúde da Família, como estratégia de reorganização da atenção básica e a inovação das modalidades de gestão dos serviços de saúde.

Na continuidade do processo, houve outras mudanças, como a redução do número de Distritos para 39, após a configuração definitiva das Subprefeituras estabelecida, pela Lei Municipal nº 13.399 de 1º de agosto de 2002 (Anexo 5).

Em 2 de agosto de 2002, houve oficialmente a implantação das Subprefeituras no Município de São Paulo, com a decretação e promulgação da Lei 13.399, de 1 de agosto de 2002 – Projeto de Lei nº 546/01, cujos objetivos estabelecidos foram:

- participação popular,
- desenvolvimento local,
- poder público mais próximo do cidadão,
- ação integrada das diversas áreas da Prefeitura: saúde, educação, transportes,
- porta única para o acesso do cidadão a todas as informações e serviços da Prefeitura e
- consolidação dos instrumentos de democratização do poder público por meio do orçamento participativo (PMSP 2003).

A Subprefeitura constituiu-se como uma instância regional de administração direta, nos âmbitos intersetorial e territorial, cujos limites foram estabelecidos em função de parâmetros e indicadores socioeconômicos.

A argumentação da Prefeitura Municipal para a implantação das Subprefeituras no Município de São Paulo deu-se com base em suas dimensões geográficas e populacionais, pois é considerada a maior cidade da América do Sul com o número de habitantes próximo a 10,5 milhões*, indicações de expressiva desigualdade social entre cidadãos e ausência do poder público nas áreas periféricas mais carentes.

Atualmente, existem 31 Subprefeituras, conforme a Figura 1:

* De acordo com a Fundação SEADE, no Município de São Paulo há estimativa para 2003, de 10.677.019 habitantes. www.fundacao-seade.org.br, 30/07/2004.

Figura 1: Mapa das Subprefeituras.
Município de São Paulo, 2003



Estas representam o governo local, envolvendo a saúde, educação, ação social, obras, planejamento, infra-estrutura, administração e finanças, seu principal objetivo é articular as ações entre executivo e representação regional, priorizando a necessidade de cada região.

Os Subprefeitos foram indicados pela Prefeita Marta Suplicy, ficando sob sua subordinação hierárquica direta. A legislação que dispõe sobre a criação das Subprefeituras, estabelece, no Art. 12 da Lei nº 13.399, que a Coordenadoria de Saúde é responsável pelas ações de assistência à saúde, vigilância sanitária e epidemiológica, recursos humanos e financeiros e atividades afins (SMS 2004).

Cada Subprefeitura é composta das seguintes Coordenadorias: saúde, educação, obras, planejamento e obras, infra-estrutura urbana, ação social, administração e finanças.

Na cidade de São Paulo, as diretrizes das Políticas de Saúde adotadas são centralizadas na SMS. Cada Coordenadoria, na sua região, com outros setores da Subprefeitura e a população definem as necessidades e prioridades de intervenção.

A Gestão Plena de Saúde foi incorporada em julho de 2003, desta forma, a SMS passou a coordenar as redes municipais, estaduais e privadas credenciadas ao SUS, tornando-se responsável pela gestão de 87 hospitais, 63 unidades ambulatoriais especializadas e 386 Unidades Básicas de Saúde (SMS 2004).

Em setembro de 2003, concretizou-se a implantação das Coordenadorias de Saúde nas Subprefeituras com a transferência da estrutura administrativa dos equipamentos de saúde ao Coordenador de Saúde, constituindo espaços de execução de políticas públicas com o objetivo de articular as ações entre executivo e representação regional, de acordo com a realidade e necessidade de cada território (PMSP 2004).

Para melhor retratar este novo modelo político-administrativo, as enfermeiras Coordenadoras de Saúde que vivenciaram a organização dos Distritos de Saúde, expressaram o entendimento do processo e dos motivos de sua implantação. A seguir, destacam-se suas narrativas:

Diamante:*(...) Em 2001, foram criados 41 distritos, a cidade foi dividida em 41 Distritos de Saúde, depois em 39, depois em 31 Subprefeituras, em 2002. Eu estou desde o começo, desde janeiro de 2001. A Subprefeitura foi constituída em 2002.*

(...) E eu acredito que foi uma decisão acertada da Marta [Suplicy], uma diretriz extremamente acertada de criar as 31 Subprefeituras, porque o Município é muito grande, é impossível você dizer que você governa mais de 300 mil habitantes e que você consegue fazer isso muito bem. É muito difícil. E a média da população nas Subprefeituras é 300 mil habitantes.

(...) Ainda durante o PAS, eu assumi a coordenação do Distrito, porque o PAS acabou em 2001, primeiro semestre de 2001. E a coordenação do Distrito já tinha assumido em janeiro de 2001.

(...) Então, quando foi em meados de 2002, saiu a lei da Subprefeitura com essa estrutura que existe hoje. A Subprefeitura com sete Coordenadorias, que são: saúde, educação, planejamento e obras, infraestrutura urbana, ação social, administração e finanças. São 31 Subprefeituras. Eu parti direto do Distrito para a Coordenadoria.

(...) A gente era ligado direto à Secretaria de Saúde e, hoje, nós somos ligados administrativamente à Subprefeitura (...) Com o Distrito, a gente já trabalhava no governo local com a administração regional na época, que não era Subprefeitura, a gente já tentou montar um governo local na administração regional.

(...) Está sendo um processo difícil, porque se a gente falar que a

Subprefeitura está totalmente implantada, isso ainda não é verdade, porque daí a gente trabalhava... A Secretaria de Saúde nos dava todo o respaldo de manutenção, de frota, de tudo. Com a mudança para Subprefeitura, tudo isso passa para Subprefeitura.

Rubi acrescenta um outro olhar para esse processo:

Rubi: (...) Em 2001, quando o Eduardo Jorge assumiu a Secretaria Municipal de Saúde, ele fez um convite para as universidades da área de saúde para irem se aproximando, para trabalhar junto a essa questão do retorno da cidade ao SUS. Trabalhar com a questão da implantação do SUS na cidade (...) dividiu-se a cidade nos 41 Distritos de Saúde e convidou as universidades para estarem fazendo junto à gerência dos Distritos de Saúde, com a proposta de que esses distritos fossem Distritos de Saúde-escola. Então, ele convidou a UNISA, a UNIFESP, a Santa Casa e a USP. Então, cada uma dessas universidades acabou ficando responsável por um Distrito de Saúde (...) Eu vim como Diretora de Distrito, pela UNIFESP, para implantar o que a universidade já tinha estabelecido.

(...) no começo, a gente fazia um processo muito junto de viver o que era a Administração Regional, o que pensava, o que era o Distrito, estava montando o Distrito, o que ia ser o Distrito, que estrutura ele ia ter, como é que ele ia funcionar, quantas pessoas a gente precisa nesse distrito, a vigilância nesse distrito vai ficar centralizada, não vai... Então, foi todo um processo de construção. A gente fazia junto com a Secretaria da Saúde. Tinha reunião semanal para discutir essas coisas. Então, nesse processo, a gente foi revendo toda a Administração Regional, ARS-3, conhecendo cada área, vendo o que cada um fazia, qual a função de cada um.

(...) Eu fiquei no Distrito, de 2001 até abril de 2003. Foi no final de abril de 2003, que começam as Subprefeituras (...) O processo de

implantação das Subprefeituras começou em janeiro de 2003, e esse período do começo de 2003 foi muito tumultuado, muita gente indicada não sendo aceita.

(...) Teve Distrito que se juntou para fazer uma coordenação só. Mas nós éramos seis Distritos. Então, nós tínhamos o Distrito de Sapopemba, Vila Prudente, que hoje juntou e é a Subprefeitura e Coordenação da Vila Prudente-Sapopemba, Vila Mariana, Jabaquara, Ipiranga e Sacomã, que juntou e ficou Ipiranga. Então, os profissionais que estavam lá, eles foram avisados que era para estarem se organizando e estarem se dividindo e vindo para os distritos. Na verdade, quando eu cheguei, tinha um grupo que estava fazendo intervenção, estava lá assumindo este primeiro processo.

O novo olhar de Rubi refere-se à aproximação e participação das SMS com as universidades, numa relação de negociação das instituições de ensino e os serviços de saúde. Portanto, trazendo a necessidade de uma série de estratégias e “costuras”, realizadas para a construção das Subprefeituras, no desenvolvimento das competências relacionadas ao planejamento dos Distritos de Saúde, com a participação dos responsáveis por sua coordenação e saber relacionar-se, conhecendo e interagindo com diferentes atores.

Observa-se nas falas, a estratégia de construir coletivamente, buscar novos parceiros e envolver os Diretores dos Distritos de Saúde, para participarem desde o início do processo de organização da descentralização da saúde.

Algumas narrativas trazem a organização da Subprefeitura desde o início do processo com a distritalização e a busca, pela SMS, de novos parceiros, no início do processo de municipalização da cidade de São Paulo, dividida em 41 Distritos de Saúde, cada um com cerca de 250.000 habitantes e com a implantação de distritos saúde-escola, sendo os Distritos de Butantã/USP, Vila Maria e Sacomã/UNIFESP, Santa Casa/Santa Cecília e UNISA/Parelheiros e Grajaú (JUNQUEIRA 2002; ALVES SOBRINHO 2003).

Além da participação das universidades, formou-se uma rede com as organizações filantrópicas, grandes hospitais privados e organizações sociais.

Um dos objetivos da criação das Subprefeituras foi o de permitir a proximidade e a participação da população, em conformidade com uma das diretrizes do SUS na Constituição Federal, enfatizada pelo Comitê de Gestão da Secretária Municipal de Saúde*, que definiu a participação social em todos os níveis de gestão, nas deliberações e na execução das políticas públicas de saúde.

O Conselho Municipal de Saúde é o órgão deliberativo que acompanha a política de saúde e a execução orçamentária do SUS municipal. Outros canais de participação também foram instituídos: os Conselhos Gestores de Unidades e das Coordenadorias de Saúde e os Conselhos Deliberativos Fiscais (COBDEF) das Autarquias Hospitalares. Todos configuram uma composição paritária: 50% da sociedade civil, 25% de trabalhadores da saúde e 25% do poder público (SMS 2004).

Diante disso, o trabalho das enfermeiras entrevistadas, como Coordenadoras de Saúde transcende a simples execução de programas determinados pela SMS, na medida que exigem a busca de uma nova prática administrativa que não seja eminentemente prescritiva, mas que contemple o estar articulando para a participação de todos, criando um território para a identificação de necessidades e expectativas da comunidade.

A seguir, as narrativas contextualizam e justificam a necessidade de retomada do SUS:

Diamante: (...) *Eu como profissional de saúde, como defensora do SUS, a gente vivia numa situação de uma frustração muito grande. A maioria do Brasil, todos os municípios tinham se municipalizado, estavam inseridos no SUS e a cidade de São Paulo, que sempre foi vanguarda deste país, ficou para trás. Nós ficamos dez anos atrasados. A gente só*

* O Comitê de Gestão é composto pelo secretário-adjunto, chefe de gabinete, coordenadores e assessores do gabinete.

assumiu o Sistema Único de Saúde a partir de 2001, quando a Marta [Suplicy] entrou. Daí a gente teve uma tarefa muito grande que foi assumir as unidades de saúde que tinham ficado subordinadas ao PAS, sem manutenção durante muito tempo, extremamente precárias... Toda a história que a Secretaria de Saúde tinha, até o histórico de consumo de material médico-hospitalar, medicamentos, tudo isso foi perdido. A gente teve que renascer das cinzas mesmo (...) A gente teve que começar tudo de novo. Desde especificação de material quando você vai comprar, porque quando você vai comprar equipamentos para saúde você tem que obedecer a uma especificação corretíssima... A gente perdeu tudo isso. Então, a gente renasceu das cinzas, começou tudo de novo, assumindo essas unidades. Depois, o PAS foi acabando por região, porque os contratos eram terceirizados, com cooperativas diferentes... Então, eram momentos diferentes. A última entrega foi em julho de 2001. Então, nós assumimos isso, e depois, em 2002, a gente já assumiu a municipalização dos serviços da área básica do estado, que passa tudo para nós.

(...) E quando a gente passa pela saída do PAS, a retomada das nossas unidades, a municipalização e também pegamos as Unidades do Estado numa situação calamitosa, sem funcionários, sem equipamentos, desorganizadas, etc. Daí, quando você está nesse processo ainda de retomada da estrutura, a gente passa por outra mudança que foi a criação da Subprefeitura. Eu acho que foi um processo difícil...

(...) e eu acho que esse processo deveria continuar mais um pouco para as pessoas tomarem consciência da importância mesmo da descentralização, de se estar o mais próximo possível do seu municípe, conhecendo as necessidades dele para que você conseguisse retornar para ele um serviço de qualidade. Porque ele paga IPTU, paga uma porção de imposto nesta cidade, então, ele merece um serviço de qualidade, que só a descentralização é capaz de fazer isso.

Esmeralda: (...) *Para você imaginar, aqui são 11 Unidades do Estado, 11 (...) Mas a gente teve que fazer a higienização das Unidades por infestação de fungo, teve Unidade que nós tiramos 32 sacos de fezes de pombo do telhado. A gente fez, nas Unidades do Estado, o cata bagulho, que é o que se está fazendo hoje nas Unidades do Município, e tiramos 15 caminhões de material quebrado. A rede que o Estado entregou para o Município era uma rede sem uma enfermeira. Eu acho que isso, hoje, a Secretaria já tem uma clareza, que há um déficit aqui de um olhar de serviço público, na região e isso tem algumas décadas, porque era uma realidade que eu tinha trabalhado em Sapopemba, mas Sapopemba em 89 não chegou aos pés da minha região em 2002, 2003. Porque eu acho que as Unidades do Estado, nas reuniões que a gente tinha, o Estado nunca veio ver o que estava acontecendo. Nas unidades da Prefeitura, também não conseguiam chegar aqui com os recursos que a gente queria.*

Pérola: (...) *A mortalidade infantil e a mortalidade materna aqui eram muito altas, porque logo no final do PAS, do final do PAS para o início dessa gestão [Marta Suplicy], estava tudo destruído. As pessoas já não faziam mais pré-natal, não tinha referência para parto, estava uma confusão. Então, aumentou muito o índice de mortalidade infantil e materna. Foi uma necessidade urgente de fazer alguma coisa.*

As narrativas afirmam a necessidade de retomada do SUS, priorizando a reorganização da SMS, a situação de abandono dos serviços de saúde, a não continuidade das Políticas de Saúde Pública e o remanejamento dos profissionais: 13.000 funcionários na Secretaria, 17.000 nas cooperativas do PAS, sendo 5.000 funcionários e 12.000 não concursados e 10.000 afastados em outras secretarias (JUNQUEIRA 2002; ALVES SOBRINHO 2003).

Diamante menciona a perda dos saberes adquiridos na prática do processo de especificação, para a compra de materiais e medicamentos, quando há o processo de terceirização em cooperativas e a necessidade de desenvolver competências para reaprender a participar desse processo, tendo em vista o desenvolvimento do “saber-fazer”.

Em 2001, a situação encontrada foi considerada na fala de Diamante, como calamitosa, criou a oportunidade para o desenvolvimento da competência organizar os serviços de saúde, desde a higienização das unidades à oferta de serviços, conforme as narrativas de Esmeralda e Pérola.

Sendo assim, diante dos desafios da realidade articularam saberes administrativos e apontaram a iniciativa de procura de soluções e o enfrentamento das situações reais do cotidiano necessárias ao trabalho de gestão local de saúde.

Além disso, as falas das entrevistadas expressaram a importância dessa decisão, o que mostrou um momento político receptivo às proposições e diretrizes para implantação do SUS, iniciada no governo da prefeita Luiza Erundina e de reorganização dos serviços de Saúde Pública, amparada por um processo jurídico-legal que viabilizou a construção das Subprefeituras; a busca de mudanças que não se limitassem a um novo ordenamento jurídico, sem força para se exprimir factualmente.

Diamante fala a respeito do poder, da necessidade do controle dos processos administrativos, da estrutura física e dos recursos e, por Esmeralda, da organização e higienização do espaço das Unidades Básicas de Saúde.

Ao analisar o poder, FOUCAULT (2002) considera a disciplinarização do espaço, por meio de sua organização e higienização, para promover o controle sobre o desenvolvimento das atividades, no sentido de transformar o hospital em um ambiente terapêutico.

Esmeralda refere-se ao poder que emana da organização e mobilização social na luta por seus interesses, desenvolvendo competências políticas, em um saber-relacionar para fazer frente aos desafios de seu cotidiano.

A implantação das Subprefeituras no Município de São Paulo teve como uma das argumentações a diversidade das condições de vida e necessidades nas diferentes regiões. Assim, é importante fazer uma breve descrição do Município e das Subprefeituras com enfermeiras, exercendo o cargo de Coordenadoras de Saúde.

5.2 O contexto: quatro diferentes realidades

Neste momento, pretende-se caracterizar as regiões que correspondem às Subprefeituras, com enfermeiras no cargo de Coordenadoras de Saúde, cujos respectivos níveis socioeconômico-sanitários podem influenciar nos diferentes modos de nascer, viver e morrer, além disso permite entender o contexto da realidade em que as gestoras locais de saúde trabalham.

O Município de São Paulo possui uma área total de 1.509,00 km², com uma população de 10.434.252, taxa de crescimento da população, de 1991 a 2000, foi de 0,88% e a 94,05% de taxa de urbanização. A taxa anual de crescimento populacional no período de 1991 a 2000, foi de 0,8% (SEADE 2004).

Os valores dos indicadores para o Município colocam-no em uma posição de destaque nacional; no entanto, ao conhecer mais de perto as regiões do presente estudo impressiona a diversidade presente na cidade. As Subprefeituras analisadas serão apresentadas em ordem alfabética.

A Subprefeitura de Ermelino Matarazzo compreende os Distritos Administrativos de Ermelino Matarazzo e Ponte Rasa, localizada na região leste de São Paulo, com uma população urbana com um total de 204.315 habitantes, numa área total de 15,10 km², com taxa anual de crescimento populacional de 0,3%. (IBGE 2004).

A Subprefeitura do Ipiranga, localizada na região sul de São Paulo, compreende os Distritos Administrativos de Cursino, Ipiranga e Sacomã, com uma

área total de 37,50 km² e população urbana de 429.235 habitantes. Observa-se uma taxa de crescimento populacional de 0,1% (IBGE 2004).

A Subprefeitura de Pinheiros compreende os Distritos de Pinheiros, Alto de Pinheiros, Itaim Bibi e Jardim Paulista, está localizada na região oeste de São Paulo, com uma população urbana de 270.798 habitantes, em uma área de 31,70 km². A principal atividade econômica está relacionada aos serviços, sobretudo de saúde com a localização do Complexo Hospitalar do Hospital das Clínicas. Houve redução da taxa anual de crescimento da população de -2,2%, no período de 1991 a 2000 (IBGE 2004).

A Subprefeitura de São Mateus localiza-se na região leste de São Paulo e compreende os Distritos de São Mateus, São Rafael e Iguatemi. Possui 381.610 habitantes em uma área de 45,80 km², com áreas rurais e de proteção ambiental. Houve um crescimento da população de 2,4%, nos anos de 1991 a 2000, porém, de forma desigual, sendo maior o acréscimo em Iguatemi (5,3%), seguido de São Rafael (3,3%) e São Mateus 0,3%, com taxa de urbanização de 73,81% (IBGE 2004).

A seguir, os dados da tabela 1 apresentam os principais indicadores habitacionais e de saneamento, segundo as Subprefeituras do estudo.

Tabela 1: Distribuição de indicadores habitacionais e de saneamento, segundo as Subprefeituras do estudo. Município de São Paulo, 2000.

Indicadores	Ermelino Matarazzo	Ipiranga	Pinheiros	São Mateus
	%	%	%	%
Domicílio com rede de esgoto	87,67	93,56	98,92	78,67
Domicílio com rede de água	99,70	99,54	99,88	97,28
Domicílio com coleta de lixo	99,70	99,81	99,99	98,23
População em favelas	18,45	14,35	0,20	10,16

Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2000.

Pelos dados da Tabela 1, a Subprefeitura de Pinheiros apresenta os melhores valores de indicadores habitacionais e condições de saneamento; em São Mateus, o percentual de domicílios servidos de água ligada à rede geral de abastecimento, canalização do esgoto e coleta de lixo é inferior em relação às demais regiões. Há indícios de que este fato esteja também relacionado à grande quantidade de áreas de mananciais, com ocupação humana de forma irregular e sem acesso aos serviços públicos (PMSP 2003).

Há pequena variação dos percentuais (1,76%) em relação à coleta de lixo entre essas Subprefeituras, além disso, este serviço aproxima-se do valor ideal na Subprefeitura de Pinheiros (99,99%), indicando que, dentre estes indicadores, é o que apresenta os melhores índices.

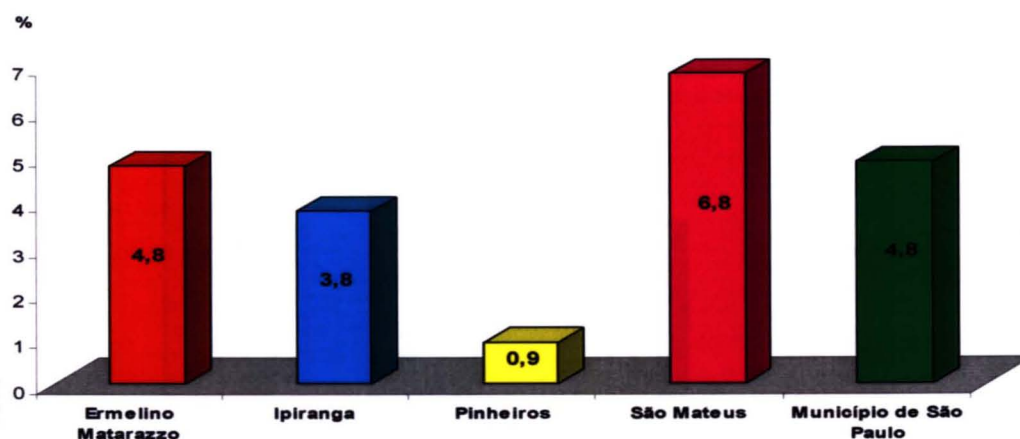
O indicador com os piores valores no Município, e com a maior variação (20,25%) nessas regiões, foi o percentual de domicílios com rede de esgoto. Assim, pode-se considerar que o sistema de canalização de esgoto é um grande problema de saúde no Município.

Em relação ao percentual de favelas, verifica-se um predomínio nas Subprefeituras de Ermelino Matarazzo e Ipiranga, áreas que apresentam taxa de urbanização em torno de 100%, segundo dados oficiais do Município (PMSP 2004). O menor valor encontra-se na Subprefeitura de Pinheiros.

Outro indicador importante para caracterizar essas regiões está relacionado à educação e representa a taxa de analfabetismo, significando a porcentagem de pessoas analfabetas, consideradas as que possuem 15 anos ou mais de vida e não sabem ler e escrever um simples bilhete, que é obtida pela relação entre número de analfabetos e população total com 15 anos ou mais.

A distribuição deste indicador, nessas Subprefeituras apresentadas e no Município de São Paulo, pode ser observada na Figura 2, a seguir.

Figura 2. Taxa de Analfabetismo, segundo as Subprefeituras. Município de São Paulo, 2000.



Fonte: IBGE – Censo Demográfico, 2000.

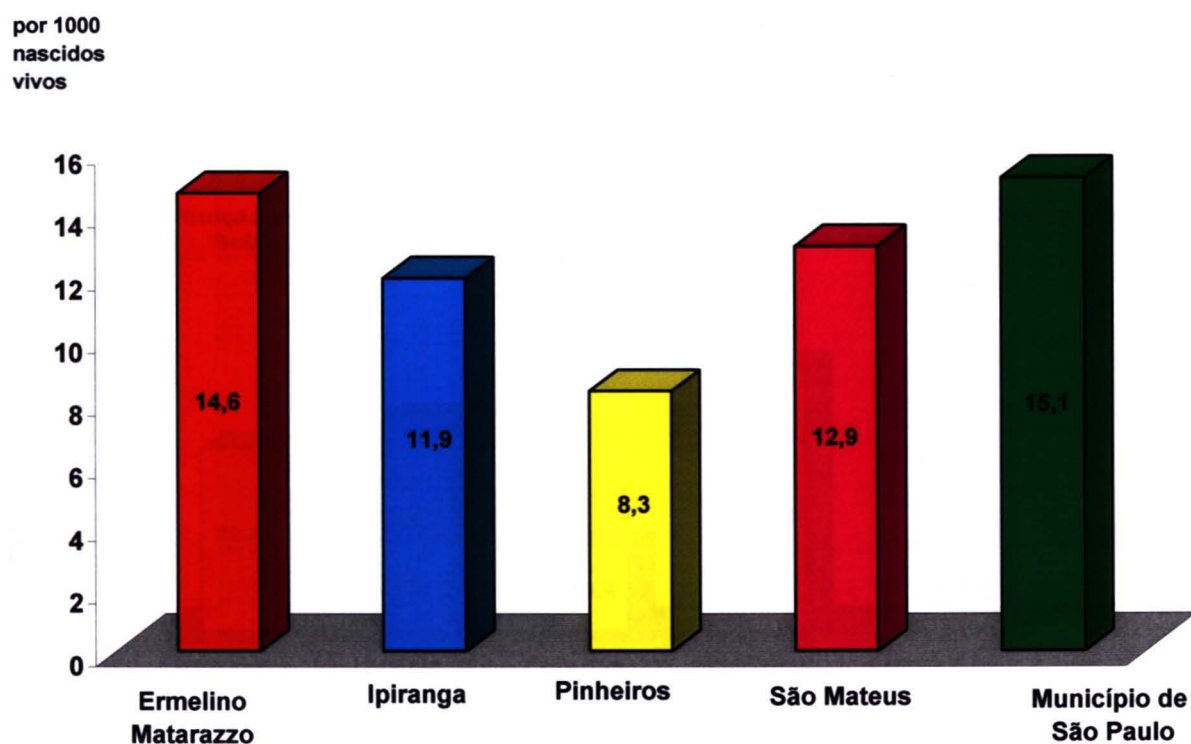
Observa-se que a Subprefeitura de Pinheiros possui a menor taxa de analfabetismo, que corresponde a 0,9%, sendo 3,9% menor que a apresentada pelo Município. A Subprefeitura de São Mateus tem o pior valor (6,8%) nessas regiões analisadas e o único acima da taxa do Município, que representa 4,8%.

Nessas Subprefeituras, verificou-se uma grande variação desse indicador de 5,9%, e aquelas localizadas nas áreas mais periféricas, como as de Ermelino Matarazzo e São Mateus mostraram os maiores índices.

Decidiu-se destacar alguns indicadores de saúde referentes às Subprefeituras analisadas.

A distribuição do Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI), nas Subprefeituras do estudo e no Município, encontra-se a seguir, na figura 3.

Figura 3. Coeficiente de Mortalidade Infantil, segundo as Subprefeituras analisadas. Município de São Paulo, 2003.



Fonte: SMS - Sumário de Dados, 2004.

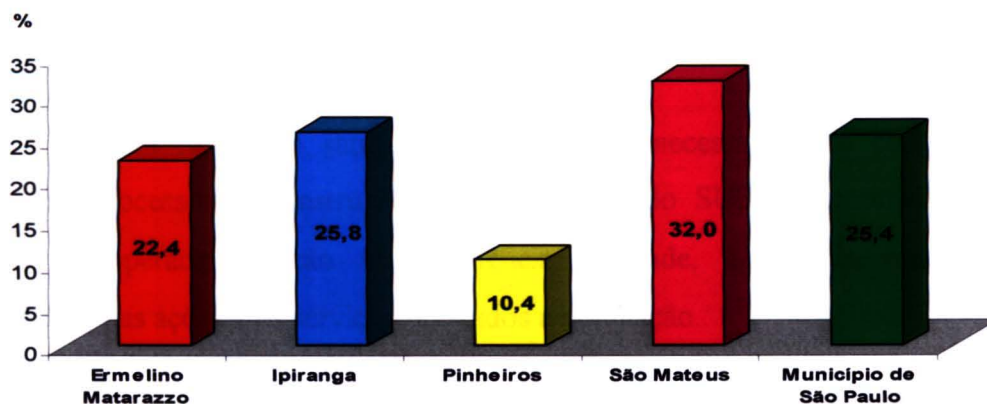
O CMI no Município foi de 15,1 por 1.000 nascidos vivos. A Subprefeitura de Pinheiros tem o menor valor da cidade, que corresponde a 8,3 mortes por 1.000 nascidos vivos. A de Ermelino Matarazzo apresenta o pior valor desse indicador nas regiões do estudo, o que corresponde a 14,6/1.000 nascidos-vivos, entretanto, este CMI está abaixo do valor para o Município.

O indicador expressa a qualidade e a adequação das condições sociais e ambientais de vida, assim como a qualidade do serviço de saúde, sobretudo em relação ao pré-natal e parto, incluindo as condições nutricionais e de acesso aos serviços.

Outro parâmetro de saúde é a proporção de mortalidade precoce (abaixo de 60 anos) por doenças crônicas relacionadas à hipertensão arterial, doenças cérebro-vasculares e diabetes, que podem ser controladas em serviços destinados a atenção primária, refletindo, desta forma, o impacto das Políticas de Saúde. Este indicador reflete a precocidade de mortes relacionadas, sobretudo, pela adesão ao tratamento e controle de doenças, indicando o acesso ao serviço de saúde individual e coletivo, a medicação e internação.

A próxima figura mostra a variação desse indicador, nas Subprefeituras referidas nesta pesquisa e no Município.

Figura 4. Distribuição do percentual de mortes precoces por doenças crônicas, segundo as Subprefeituras analisadas. Município de São Paulo, 2002.



Fonte: Fundação Seade, 2004.

Na Figura 4, verifica-se que a mortalidade precoce por doenças crônicas relacionadas a diabetes e à hipertensão arterial foi de 25,4% no Município de São Paulo, com uma grande variação (21,6%), entre as regiões apresentadas. O menor valor apresentado é o da Subprefeitura de Pinheiros, que corresponde a 10,4% e, portanto, 15,0% menor que o valor para o Município.

A Subprefeitura de São Mateus apresentou o maior valor (32,0%). Este dado assume maior significância relacionado à escassez de recursos de atendimento às emergências nas regiões periféricas e dispêndio de tempo ao encaminhamento aos serviços de saúde de alta complexidade, alocados, em sua maioria, nas regiões centrais do Município.

Todos os indicadores demonstram a discrepância acentuada entre as diversas Subprefeituras do Município, que acarretam diferentes necessidades e condições de saúde.

Neste cenário, a Coordenadoria de Saúde assume uma relevância na gestão local em defesa do SUS e enfrentamento das adversidades de cada região, numa metrópole como São Paulo.

5.3 Coordenadoria de Saúde: um construir coletivo

Em relação à saúde, fica explícita a necessidade de continuar avançando no processo de construção e consolidação do SUS, de normalizar a organização e operacionalização da assistência à saúde, a fim de evitar a descontinuidade das ações e os serviços prestados à população.

É um momento de “construir”, esta é a idéia mais recorrente nas entrevistas e os sentidos de formar, planejar, edificar, estruturar e organizar expressam algo a ser realizado, que exige um esforço de muitos, além do tempo e disposição para fazê-lo, já que ainda existe muito trabalho a ser realizado. Além disso,

é um fazer coletivo com suas conquistas, perdas, acordos, conflitos, limites e aprendizado.

A seguir, as narrativas que ilustram este trabalho compartilhado:

Diamante: (...) *No nosso caso, aqui nós temos por volta de 270, e daí a Subprefeitura é uma tentativa de descentralizar todo o trabalho das outras secretarias, pelo menos a proposta é descentralizar o trabalho dos profissionais das outras secretarias para Subprefeitura. Mas a gente ainda está nesse processo de construção, porque existem algumas secretarias que não tinham a visão da descentralização, a importância da descentralização, porque quando você descentraliza, você perde poder (...)*

Esmeralda: (...) *Hoje, a equipe teve que reaprender algumas coisas, como, por exemplo, a gente aqui não fazia compras – hoje nós compramos, especificamos, pegamos o almoxarifado, vemos a contabilidade, estamos dando uma estrutura mínima dessa parte de apoio logístico, até para poder passar para a Subprefeitura um pouco mais organizado, as pessoas que vão fazer o quê e aonde – desde o tráfego, manutenção, contabilidade, RH, todos esses setores de apoio. E essa é a mesma equipe que dá um olhar para as unidades, de a gente estar junto, de marcar reunião, de estar junto com as unidades, conhecer os planos de trabalho de cada unidade da própria coordenadoria, e de atender aquela demanda hipercrecente...*

(...) *E a idéia que a equipe aqui sempre teve, que a gente recorta, é que a meta não é fortalecer a coordenadoria: é fortalecer a unidade. O olhar não pode ser desviado do foco que é a unidade, que é esta rede que a gente está montando.*

Rubi: (...) *Você tem que trabalhar de forma colegiada, você tem que juntar as pessoas, porque têm vários perfis diferentes, várias vertentes, cabeças pensando juntas pensam melhor, se articulam melhor (...)* Então, quando eu faço uma reunião do que eu chamo de meu colegiado, eu trago, então, o pessoal da escola. Vem o pessoal que ficou do núcleo da formação, trago pessoal da vigilância e todo esse grupo que está comigo.

Pérola: (...) *Porque descentralizar o governo em Subprefeituras é descentralizar poder, é perder um pouco aquela coisa de ficar tudo na mão, de saber tudo o que está acontecendo. Para isso, precisa ter coragem e vontade política, tem que pensar na cidade, pensar no futuro, não pensar só no poder, de grupo, na verdade. Porque poder uma hora é de um, outra hora é de outro. Mas pensar na cidade; e uma cidade do tamanho de São Paulo; e a saúde tem uma experiência muito forte nessa questão de descentralização.*

As falas de Diamante e Pérola ilustram a dialética em relação ao poder, numa narrativa, inicialmente, em defesa da descentralização proposta pelo SUS, considerada como importante, mas também referem-se à descentralização, como perda do poder que, neste caso, é a perda do controle.

Pérola também enfatiza, nas suas narrativas, o poder da vigilância e da posse de informação. Assim, ao considerar a implantação da Subprefeitura como um ato corajoso, parece entender o trabalho descentralizado e compartilhado, como perda de poder, a qual tem direito hierarquicamente, pela autoridade de seu cargo.

A posse de informação expressa por Pérola “*saber tudo o que está acontecendo*”, também tem uma relação direta com o poder. Em relação ao controle pela informação FOUCAULT (1993) afirma: “*a transferência de informação de baixo para cima, de modo que, no cume da pirâmide disciplinar, nenhum detalhe ou elemento disciplinar escape a esse saber*”.

Desta forma, observa-se a divergência entre os objetivos propostos de gestão democrática do novo modelo político-administrativo com a estrutura hierárquica, centralizada e prescritiva das instâncias centrais de poder político-administrativo municipal das Secretárias.

Sendo assim, na Coordenadoria de Saúde, a enfermeira procura desenvolver competências para trabalhar de forma democrática, sendo necessário incorporar à prática os princípios dos modelos teóricos administrativos, que não se limitam à hierarquização vertical, ao controle burocrático e à autoridade do cargo.

Além disso, apesar das narrativas em defesa da descentralização estas enfermeiras reproduzem uma valorização da hierarquia verticalizada.

Segundo FOUCAULT (1993) a disciplina exerce o seu controle, não sobre o resultado de uma ação, mas sobre o seu desenvolvimento “*A disciplina é uma técnica de poder que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Não basta olhá-los às vezes ou ver se o que fizeram é conforme a regra. É preciso vigiá-los durante todo o tempo da atividade e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares*” (p.105).

Verifica-se que o vigiar não é um simples vigiar. Mas, sim, um vigiar contínuo e constante. Hoje, além dos olhares, dispomos de outros recursos que auxiliam no controle, com o objetivo de “*ficar tudo na mão*”, segundo a fala de Pérola.

Na Enfermagem, historicamente, o poder significa controle, por meio da rigidez da hierarquia, da divisão do saber (posse da informação), do fazer e da vigilância constante.

No contexto da descentralização Esmeralda expressa que o poder deveria estar nas unidades locais de saúde, próximo dos usuários e da população, como um objetivo a ser alcançado.

As narrativas expressam a importância do “saber-relacionar-se”, na realização do trabalho em equipe, com os recursos e direcionado à realidade local. Esmeralda também menciona o desenvolvimento de competências para conhecer os processos e realizá-los.

A valorização da gestão compartilhada referida por Rubi contradiz com o uso do pronome possessivo na primeira pessoa “*meu colegiado*” e do pronome na primeira pessoa do singular que também é enfaticamente utilizado por Pérola. Representando as dificuldades de manter o poder da autoridade do cargo e suas responsabilidades inerentes, num processo de trabalho descentralizado e coletivo. Desta forma o poder adquire uma representatividade social fortalecida pela relação de confiança.

Para os Subprefeitos entrevistados, a descentralização é um processo de construção árduo, visto que envolve também novas descobertas, a busca de necessidades, recursos, estratégias e também porque a centralização já está muito enraizada, especialmente em relação à saúde, pois há uma descentralização física da SMS às Subprefeituras, mas não do poder de decisão.

Na Subprefeitura, observa-se a necessidade de criar um sistema político-administrativo, com determinações na área da saúde dos diferentes níveis de governo: federal, estadual e municipal, como um jogo de xadrez, em que todos os interesses devem ser colocados no tabuleiro para uma análise complexa e desafiadora, diante do desafio de fazer as confluências do que um governo privilegia e outro, não.

Neste novo modelo, a comparação do processo de trabalho com um jogo de xadrez foi feita por um Subprefeito e uma Coordenadora de Saúde, revelando a necessidade de um raciocínio estratégico, lógico-dedutivo, que requer decisão para avançar ou recuar.

Ao tentar desvelar esta metáfora, pode-se considerar que as peças dispostas em um tabuleiro expressam hierarquias organizadas, ou seja, a rainha, os bispos, as torres, os cavalos e os peões, cada um com uma mobilidade diferente na

forma e alcance, do movimento mais versátil e livre executado pela rainha, até o andar singelo do peão, que avança uma casa por vez, mas, neste caminhar passo a passo, quando chega ao outro lado do tabuleiro, pode ser elevado em nível de rainha.

Apoiada nesta analogia com o ideal do Coordenador de Saúde, a missão de *proteger o rei*, ou seja, os diferentes atores que representam as diversas instâncias e instituições sociais, pois, de modo estratégico, avançam e recuam com a missão de defender e *proteger o SUS*. No entanto, ainda se faz necessário estabelecer quais os papéis, atribuições, competências e qual deve ser a forma, alcance e movimentos de cada peça:

Esmeralda: (...) *Porque essa eu acho que é a diferença que faz saber que é esse o momento. Que não tem outro momento pra você fazer as coisas. Esse é o momento de você fazer ou planejar algo pra acontecer futuramente. Então, por isso que eu estou falando que é um jogo de xadrez. E nesse jogo de xadrez você tem que ter momentos de calma para pôr a peça, recuar o cavalo, avança a dama, protege o rei, e vai indo.*

(...) *E eu acho que administrar, principalmente, em uma região como esta aqui, é um jogo de xadrez. E é uma partida que você não joga em menos de quatro, cinco e seis anos.*

A longevidade referida por Esmeralda pode ser determinada pela proposta grandiosa do SUS, como um processo de descentralização da saúde, pelo jogo de interesses políticos na região ou pela transitoriedade constante das propostas político-partidárias?

Desta forma, é significativo entender o jogo de poder que requer um saber não acumulativo, mas dialético. É um novo modelo, com novos jogadores, regras do jogo que foram alteradas e ainda estão sendo definidas.

Neste sentido, é necessário compreender os diversos interesses, a rede de relações e o significado de coordenar nesta arena de poder, na perspectiva de quem o vivencia no seu cotidiano.

5.4 Coordenadoria de Saúde, Subprefeitura e Secretária Municipal da Saúde: tecendo a rede.

Na busca da compreensão dos significados da atividade de Coordenação de Saúde, no processo de (re)construção do SUS no Município de São Paulo, é importante resgatar o início de sua aplicabilidade na administração com a Teoria Clássica, pois Fayol, ao estruturar o trabalho da gerência, considerou cinco elementos que compõem a administração: previsão, organização, comando, controle e a coordenação, significando uma unificação e harmonização das atividades, visando a assegurar a eficiência da organização, como um todo (FAYOL 1975).

Na administração pública, há uma tendência contemporânea a respeito do emprego do termo coordenar em substituição a cargos de diretoria e gerência. De acordo com a NOB 96, nas atividades do gestor, incluem-se, entre outras atribuições, a de coordenação.

Atualmente, coordenar expressa uma atividade de mando mais compartilhada e, portanto, direcionada a uma ação colegiada e democrática, indo ao encontro dos objetivos da nova configuração da gestão municipal (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1996).

A aproximação da análise desta concepção teórica para a prática de coordenar, inclui dar voz às enfermeiras, Coordenadoras de Saúde, que a vivenciam:

Diamante: (...) *Como Coordenadora de Saúde, minha função é implementar as Políticas de Saúde. Implementar as Políticas de Saúde do Sistema Único de Saúde, mas basicamente é isso... Fazer com que as unidades funcionem de verdade, que atendam as necessidades da nossa população e esse pedaço é o pedaço mais difícil, porque a gente vive numa região rica e que é paupérrima em serviços públicos, não só de saúde, mas dos outros também, de educação, de lazer...*

(...) O coordenador é quem articula Conselho de Saúde, necessidades da população, da equipe (...) O relacionamento com a Subprefeitura, com todas as áreas da Subprefeitura, que são sete Coordenadorias. E mais o Conselho de Saúde, mais orçamento participativo.

(...) A gente tem já responsabilidade pelo território, todas essas coisas estão incutidas na gente na área da saúde. Você é responsável pelo cliente, pela população daquela área, pela qualidade de vida dele, mesmo sabendo que não é a saúde sozinha que resolve, que você tem que trabalhar com a intersetorialidade, não tem outra saída.

Esmeralda: *(...) desempenhar ações gerenciais, ser um negociador e um facilitador (...) os gestores são os coordenadores (...) E você vai negociando, não, você vai falando o que é que vai primeiro. Então, primeiro é cadeira para o usuário sentar; depois, a escrivinha para o médico escrever; depois, o fax para a gente falar, porque de vez em quando mandam fax para nós, para agilizar. A gente também está coordenando a parte de locação de recursos.*

(...) E na saúde, especificamente, a gente tentar cumprir a agenda da secretaria, nossos projetos prioritários (...)

(...) Está havendo uma mudança grande, o papel da Coordenadoria não é mais só isso de ficar aqui discutindo. É você também se organizar pra comprar a central de regulação que a gente encontrou aqui, algumas coisas que você percebe que tem que estar dando o tom porque sabe que posteriormente terá um efeito.

Rubi: *(...) Coordenar, coordenar é articular, é articular mesmo, porque aí é assim: é articular a equipe da coordenação, é articular a equipe*

com as Unidades Básicas, é estimular a articulação dos próprios diretores dessas unidades com as suas equipes pra eles entenderem esse processo onde eles estão, e entender que a gente tem uma linha de trabalho; articular com a Secretaria, com as várias instâncias da Secretaria, que fazem parte do SUS. O SUS é único; então, eu não posso querer ter um comando paralelo. Então, para manter mesmo essa lógica do SUS tem que estar articulando tudo isso. Isso que eu estou chamando de articular, faz parte desse processo, que é coordenar todas as ações... Perceber claramente essa interface que tem estes diversos setores pra você estar preparando esse processo de implantação mesmo do sistema, que hoje é o sistema de saúde dentro desta lógica da organização da cidade descentralizada pelas Subprefeituras.

(...) O principal é a parte do planejamento, da organização mesmo, do acompanhamento das ações todas que a gente tem que desenvolver e tem uma coisa que faz até parte da função, não sei se isso é caracterizado no planejamento, que é essa coisa da relação mesmo, de estabelecer os vínculos de relação com as diversas instituições. A gente tem hoje a Secretaria de Saúde e tem uma área de subordinação à Secretaria de Saúde, que é a área técnica, a área política, Política de Saúde. Tem a Subprefeitura, e a gente tem uma vinculação administrativa, porque tudo agora tem essa vinculação. Então, esse papel entra no papel do Coordenador, e isso que está sendo, talvez o que dá o maior envolvimento, que é fazer com que esse processo se implante, que a gente mantenha essa vinculação. A gente não pode ser uma Coordenação de Saúde autônoma, independente da Secretaria, e absolutamente subordinada à Subprefeitura. A gente tem que ter esse "link" com as duas áreas e fazer essa relação de articulação. Então, talvez a principal função, ultimamente, tenha sido de articuladora mesmo.

Pérola: *(...) a Coordenadoria de Saúde é a gestão mesmo da coisa pública, a gestão das necessidades do território.*

Nas falas de Diamante, Esmeralda e Rubi, percebe-se o entendimento do significado de coordenar, fazer gestão em uma dimensão local inscrita numa metrópole como São Paulo é, sobretudo, a de articular todas as instâncias de poder, tendo em vista o desenvolvimento de atividades direcionadas às necessidades da população, aos interesses das Subprefeituras e programas da SMS. A questão é como fazê-lo?

Rubi expressa importância do coordenador na organização do processo de implementação do SUS, desde o planejamento com avaliação contínua, por se tratar de uma prática inovadora.

Diamante refere a necessidade de assegurar as Políticas de Saúde Pública e responsabilizar-se pela qualidade de vida da população. Desta forma, sua função é comprometer-se com as condições de vida da população de seu território, e compreender a saúde como valor humano diretamente relacionado à qualidade de vida e, ao mesmo tempo, viabilizar as diretrizes da SMS. Sendo necessário, portanto, uma articulação entre SMS e Subprefeituras.

Os compromissos expressos por Diamante são uma manifestação idealizada do cargo de Coordenador de Saúde. O grande desafio é como realizá-los, em especial, por se tratar de um modelo recente com desafios que não se limitam à gestão local de saúde.

De acordo com as narrativas, para coordenar é necessário comunicar-se, mostrar-se, relacionar-se, propor, direcionar. Para Esmeralda é: “*dar o tom*”, ou seja, coordenar é criar um sinergismo de forças para o alcance de objetivos e harmonizar a equipe, mas também trabalhar com a diversidade das regiões, dos parceiros, da necessidade da negociação numa nova arena de poder e de estabelecer prioridades.

Desta forma, o trabalho do coordenador concebido e idealizado como um negociador, articulador e facilitador, indica a mobilização de saberes para o desenvolvimento da competência de convivência, relação com os outros e agir de

forma política, contemplando aspectos administrativos de flexibilidade e liderança no contexto de uma prática inovadora em um processo de implementação, como um objetivo a ser alcançado.

Para MERHY e col (1997), a gestão é operar com o jogo de disputas dos distintos agentes, considerando equivocada a idéia de que gestão seria todo o conjunto de ações para manter a organicidade funcional das partes com o todo, dentro de uma organização funcional.

Portanto, a enfermeira Coordenadora de Saúde, como gestora tem uma função de facilitadora e de articulação política e não apenas funcional, rompendo com a tradicional função administrativa de organização do espaço e do processo de trabalho para que a organização funcione.

Para ALMEIDA (2001), a gestão em saúde é um tema de grande complexidade, que exige ações no sentido de atender as necessidades sanitárias no âmbito estrutural (relacionadas ao valor e legitimidade social da área da saúde), político (equilíbrio de interesses de grupos sociais, priorizando a saúde) e técnico-organizativo (expresso pelas novas possibilidades tecnológicas e organização das práticas sociais e de saúde). Portanto, exige um enfoque político, técnico, produtivo e estratégico.

Neste sentido é um desafio para os Coordenadores de Saúde em especial, neste momento de configuração do novo modelo político-administrativo, com novas instâncias de poder e com as dificuldades no processo de gestão local de saúde e consolidação do SUS. Embora as enfermeiras entrevistadas estejam conquistando espaços profissionais para a Enfermagem, transcendem a sua área de conhecimento específico da formação, para o trabalho multidisciplinar e enveredam para a Saúde Pública.

Diante disso, que outros desafios, limites e impasses no processo coletivo de construção do SUS, num contexto de adversidades e incertezas, as enfermeiras Coordenadoras de Saúde expressaram no enfrentamento deste espaço profissional emergente?

5.5 Coordenadoria de Saúde: impasses, desafios e possibilidades da gestão local.

Considerando o movimento de descentralização favorável a um trabalho em saúde mais articulado e direcionado às regiões e suas necessidades, é preciso também identificar como se organizam as redes de relações e o poder instituído que geram impasses e desafios em seu cotidiano.

Além disso, é significativo conhecer a organização do Sistema de Saúde, uma vez que o trabalho verifica-se em 31 diferentes regiões e por profissionais diversos, mas que fazem parte de um mesmo município. As enfermeiras entrevistadas expressaram os desafios de trabalhar com a intersectorialidade, a territorialidade e o Sistema de Referência e Contra-referência que geravam oportunidades para debate e busca de solução em conjunto.

A forma como estas Coordenadoras de Saúde descrevem as relações com a SMS, permite evidenciar que a descentralização ainda é incipiente, sobretudo em relação à distribuição dos insumos materiais e alocação dos trabalhadores. Estes são de responsabilidade de instâncias centrais da Secretaria e importantes para viabilizar o trabalho em nível local, caracterizando a manutenção de processos hierárquicos, centralizadores, além das dificuldades de comunicação que expressam a descentralização das atribuições e responsabilidades, mas, não de poder.

Nesse sentido, o poder mantém-se centralizado em esferas administrativas centrais, porém revela-se com sutilezas. Tal situação na asserção de FOUCAULT (1993), quando descreve:

(...) o poder moderno não é mais, essencialmente, uma instância repressiva e transcendente (o rei acima dos seus súditos, o Estado superior ao indivíduo), mas uma instância de controle que envolve o indivíduo mais do que o domina abertamente. Podem diminuir as

proibições, abolir-se a pena de morte, abrandar-se o regime das prisões, etc, (...) porém, o sistema disciplinar, ao qual nos vemos submetidos até em nossa vida privada, cresce discreta, mas continuamente. O Estado moderno é menos abertamente dominador, e mais manipulador; preocupa-se menos em reprimir a desobediência do que em preveni-la (p. 20).

Nas narrativas observa-se a necessidade de repensar neste novo modelo político-administrativo e as novas instâncias de poder:

Diamante: *(...) A gente era ligado à Secretaria de Saúde e hoje nós somos ligados administrativamente à Subprefeitura. (...) A parte de execução não pode ficar na Secretaria. Eu acho que a Secretaria, ela deve ter um papel de dar linha política (...)*

(...) Quando você desconcentra é uma coisa, você só empurra um pouco o trabalho para a periferia, mas quando você tem uma proposta de descentralização, você tem uma perda de poder junto com isso. Então, tem algumas Secretarias ainda que dificultam muito o processo de descentralização. A saúde abarcou isso com unhas e dentes, acredita na descentralização... Tanto é que o processo de descentralização nosso foi um dos mais organizados. Apesar de todos os pesares, ainda foi um dos mais organizados.

(...) Por exemplo, o controle de todos os prestadores do Município está na Secretaria de Saúde do Município. Só que isso também um dia vai ter que ser descentralizado. Mas ainda vai ser o Município, vai ter que ter uma estrutura no Município, pelo menos para hoje, para centralizar tudo isso, para condensar tudo isso, porque a entidade jurídica que existe no Município de São Paulo e se vincula com o Ministério da Saúde é o Município. Não são as 31 Coordenadorias. Nós não somos 31 municípios dentro da cidade.

(...) Eu acho que isso tem que ser mantido, por causa da característica mesmo da Secretaria da Saúde, que tem uma verba carimbada, que você tem que prestar contas como um todo par o Ministério da Saúde... A Secretaria tem que existir. Ela tem que dar essas linhas gerais, essas políticas mesmo de saúde para o Município, porque ela tem o cômputo geral do que acontece no Município. Ela tem o local, mas ela tem esse geral. Então, por exemplo, tem um programa da Secretaria que é Nascer e Viver Bem. É um programa prioritário da Secretaria. No nosso caso, na minha Coordenadoria, esse programa não é prioritário para mim. Porque a nossa demanda não é essa e temos um Coeficiente de Natalidade baixo, tem um Coeficiente de Mortalidade Infantil baixo, tem um Coeficiente de Mortalidade Materna baixo, então isso não é a minha prioridade (...)

(...) Então, eu acho que a Secretaria tem um papel, e ela vai continuar tendo esse papel de aglutinar. Esse papel é necessário para nossa Secretaria. Então, a gente vem com toda essa bagagem das diretrizes da Secretaria da Saúde, e junta aqui, na Subprefeitura, com as outras diretrizes – da descentralização, da construção conjunta das soluções etc. Mas eu acho que o processo está sendo muito interessante.

Rubi: *(...) A Secretaria tem que continuar dando a linha de Política de Saúde. Eu acho que é importante, porque é um espaço de troca e de construção, de diretriz e articulação. A diretriz pode ser definida em conjunto. Isso que a gente tem discutido e por isso a gente acha que tem que ter um espaço mais próximo com o Secretário mesmo, para discutir as políticas e tomar decisões juntos. Tem aquela coisa de pensar e fazer a amarração de tudo, porque não dá para serem políticas independentes.*

(...) Mas por enquanto não, a Secretaria tem esse papel, assim como tem a Secretaria da Educação, todas as Secretarias têm esse papel

importante para poder dar uma coesão na cidade (...) Então, a Secretaria tem esse papel, de coordenadora nesse projeto todo e de manter essa linha: a Política de Saúde. A função de cuidar da saúde da cidade de São Paulo é dada à Secretaria de Saúde em conjunto com as Coordenadorias. Esse conjunto que a gente pode tentar construir. A gente vai tentar reforçar nesse processo essas reuniões regionais.

(...) A gente tem hoje a Secretaria de Saúde e tem uma área de subordinação à Secretaria de Saúde, que é a área técnica, a área política, da Política de Saúde; tem a Subprefeitura, e aí a gente tem uma vinculação administrativa, porque tudo agora tem essa vinculação (...) A gente não pode ser uma coordenação de saúde autônoma, independente da Secretaria, e absolutamente subordinada à Subprefeitura. A gente tem que ter esse “link” com as duas áreas e fazer essa relação de articulação.

Pérola: *(...) A Coordenadoria de Saúde planeja e executa as ações de saúde para o território. Para a Secretaria de Saúde fica mais a responsabilidade técnica hoje, não tanto executiva. Embora ainda esteja muito forte a responsabilidade executiva, porque não se descentraliza um orçamento do tamanho daquele, uma responsabilidade do tamanho daquela, de um dia para o outro.*

(...) Eu acho que não dá para não dá para cada Coordenadoria de Saúde virar uma Secretaria de Saúde. Eu acho que o município ainda é o município, ele tem que ter uma linha diretiva, uma linha política, e que tem que ser seguida, mas a forma de fazer é que vai variar de Subprefeitura para Subprefeitura. Até porque uma tem mais população saudável, outra tem menos. Uma população é mais organizada, outra é menos. Há muitas variações.

As falas expressam uma necessidade de coesão das Coordenadorias de Saúde com a Secretaria embora, em alguns discursos, perceba-se o desejo de maior poder e autonomia, sobretudo em relação às especialidades de atenção à saúde e alocação de recursos. Apesar de enfatizarem a necessidade de uma condução técnica única para a cidade, no sentido de proporcionar a unicidade do novo “fazer saúde”.

As entrevistadas concordam que as diretrizes das Políticas de Saúde adotadas na cidade continuam sendo elaboradas pelo gabinete central da Secretária Municipal da Saúde, considerando toda a rede SUS, embora as Coordenadorias não se limitem à simples execução das condutas definidas pela Secretaria e atuem também em conjunto com as outras áreas das Subprefeituras, este é o “*link*” expresso por Rubi.

Corroboram esta idéia, KISIL e PUPO (1998) ao se referirem aos Distritos de Saúde, concebidos como os Sistemas Locais de Saúde que devem ser o centro do planejamento e gestão dos serviços de saúde sob a influência integradora e normativa da coordenação central, nível em que se formulam as políticas municipais e definem-se os sistemas de apoio logístico e técnico, necessários à execução de programas em nível local. Portanto, esta coordenação municipal deve ser realizada pela SMS.

Diamante menciona a limitação dos recursos financeiros, porque os mesmo já estão vinculados a determinados gastos predeterminados por outras instâncias de poder, imobilizando as iniciativas locais e limitando as ações de intersetorialidade e a decisão de preferências que é da região.

Os Subprefeitos mencionam que o repasse de recursos, por outras instâncias, limita as decisões políticas locais, já que precisam renunciar às ações de caráter universal em favor daquelas focalizadas para determinados setores da população, sem que haja condições de uma revisão local das prioridades previamente selecionadas por uma gestão central. Portanto, os recursos financeiros já chegam atrelados a gastos predeterminados pelo Governo Federal.

Desta forma, no contexto da municipalização da saúde, caracteriza-se uma política regulatória, garantindo que a execução dos serviços e as normas de interesse público sejam cumpridas sem desviar suas finalidades, salientando a apropriação do poder, a quem detém o recurso financeiro e a decisão de sua alocação.

A fala de Esmeralda expressa uma compreensão equivocada em relação às responsabilidades da SMS e da Subprefeitura ao salientar a nova configuração da saúde no Município em dois eixos: responsabilidade técnica a SMS e político-administrativa à Subprefeitura, como pode ser observado, a seguir:

Esmeralda: (...) essa nova configuração de administração pública mais local, para Subprefeitura; isso nos dá dois eixos: acho que um eixo é o técnico-financeiro com a própria Secretaria de Saúde, e um político-administrativo com a Subprefeitura (...). Então, essa coisa do coordenador, eu acho que o coordenador hoje acredita que ele é o Subsecretário da região – não é? Brincadeira, isso. É só para o ego. Ele, na verdade, é um santo que tem dois deuses (...)

O Secretário Municipal da Saúde é o gestor do SUS, a SMS mantém a responsabilidade política, e as Coordenadoras de Saúde são as gestoras locais de saúde do SUS, atuando nos limites de seu território e executoras das Políticas de Saúde.

A SMS é responsável pela definição de políticas, normas e padrões para a área da saúde do Município em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde, possui função norteadora, mantendo a integração, o cumprimento das Políticas de Saúde, o apoio logístico e técnico aos serviços de saúde locais e sua atuação não se limita ao aspecto técnico-financeiro, mas contempla também, o político-administrativo.

Esmeralda, ao falar sobre a SMS, enfatizou a estrutura organizacional hierárquica verticalizada:

Esmeralda: (...) Então, se você pegar cada programa, tem dez

subprogramas, e cada subprograma tem mais não sei quantos, e o pessoal ainda pesa muito se você comparece, todos os Coordenadores, você deu peso (...) Então, a própria Secretaria, que demanda mesmo, face à organização dela, verticalizada, temática, uma série de coisas.

(...) Isso porque descentralizaram, acho, algumas práticas. Eu acho que a Secretaria tem um forte cunho autoritário. Ela é bem centralizada mesmo. Ela centraliza o que não é possível fazer lá no meio distrital, mas a política de RH-leste é centralizada – nem eu fico sabendo para onde vão os médicos... Então, eu acho que essa situação daqui a uns 10, 15, 20 anos, deve ser... Os recursos, a execução orçamentária mesmo ela é bem centralizada.

Dos trechos acima, emergem as contradições relativas à proposta de construção coletiva do novo modelo de descentralização e a estrutura organizacional hierárquica vertical da SMS, criando impasses no cotidiano de trabalho na realidade local, o que sugere que a descentralização ainda não ocorreu, pois as instâncias centrais da SMS responsabilizam-se pela distribuição dos recursos, focados na organização hierárquica e não no projeto de saúde e necessidade local.

Neste sentido, a descentralização das responsabilidades pela saúde ao Coordenador de Saúde não significa exercício do poder.

As situações de divergências foram identificadas no trabalho em alguns espaços partilhados pelas diferenças de concepções a respeito do novo modelo político-administrativo entre os sujeitos e pela presença e influência da SMS, considerada também pelos Subprefeitos entrevistados.

Portanto, os Subprefeitos expressam o poder político formal da SMS. Para FOUCAULT (1993), o poder não é um objeto que se possui, mas, que na disputa pode-se ganhar ou perder. Desta forma, na arena local de saúde ao se consolidar a Subprefeitura, este jogo de poder toma evidência.

O desejo de exercício do poder também foi mencionado pelos

Subprefeitos, pois questionam o fato dos Coordenadores buscarem na SMS as soluções aos problemas de saúde da região, argumentando que estas poderiam ser construídas no próprio local, além de dificultarem a assunção e responsabilidade local pela decisão. Sendo assim, evidenciam que a SMS não se limita ao eixo técnico-financeiro, além de demonstram as contradições de interesses do poder de decisão entre a SMS e a Subprefeitura.

Neste sentido, por ser um processo de descentralização em construção, é importante que seja planejado, sistematizado e avaliado, pois representa uma mudança da cultura da tomada de decisões em níveis centrais, cuja estrutura apresenta uma organização hierárquica verticalizada. Neste momento inicial, parece que a necessidade de organização e controle do processo de trabalho permite a atuação da enfermeira como Coordenadora de Saúde.

As enfermeiras entrevistadas mencionam o desafio da necessidade de trabalhar com a intersetorialidade:

Diamante: (...) *para área de saúde, como a gente sempre se envolveu em participação, etc (...) agora para os engenheiros, o pessoal das obras, de finanças, que não têm essa prática. (...) A gente tem já responsabilidade pelo território, todas essas coisas estão incutidas na gente da área de saúde. Você é responsável pelo cliente, pela população daquela área, pela qualidade de vida dele, mesmo sabendo que não é a saúde sozinha que resolve, que você tem que trabalhar com a intersetorialidade, não tem outra saída.... Se você quer realmente fazer alguma coisa de mais sério, de mais consistente, tem que ser com intersetorialidade, não adianta. (...) Falta ainda, lógico, esse treino da intersetorialidade, mas a gente trabalha como uma equipe de forma harmoniosa.*

Diamante relata a importância e os desafios de trabalhar com a intersetorialidade, representando uma perspectiva futura de trabalho.

Desta forma, foi possível verificar que a intersetorialidade, embora seja significativa para provocar um impacto na melhoria da qualidade de vida, que poderia ser facilitada pela implantação da Subprefeitura, pois possibilita uma aproximação física e interação dos diferentes Coordenadores em um mesmo local de trabalho, ainda é algo ideal distante do cotidiano de trabalho dos gestores locais, confirmando a fala de Diamante: “*a gente trabalha como uma equipe de forma harmoniosa*”, porém o trabalho em equipe multiprofissional não significa trabalho intersetorial.

O grande desafio de trabalhar com a intersetorialidade é abandonar a prática estanque e isolada de cada Coordenadoria, tendo em vista a melhoria das condições de saúde e de vida da população que demandam não apenas descentralizar o poder de fazer, mas também a mudança da lógica e da prática do sistema, ou seja, buscar novos modelos de trabalho interdisciplinar, caracterizando-a Saúde Pública.

Outro limite é a hierarquização dos serviços e sua articulação entre os diferentes níveis que requerem a criação de um Sistema de Referência e Contra-referência que contemple a pertinência dos procedimentos, especialmente, os de alta complexidade e custo, que vão além dos limites geográficos das Subprefeituras e, inclusive, do próprio município.

As limitações e impasses do sistema de saúde foram expressas por todas as entrevistadas, caracterizando a problemática da situação. A seguir, a fala de duas enfermeiras Coordenadoras de Saúde que expressam este desafio:

Diamante: *(....) Porque o Estado teria que passar as Unidades de Especialidades para nós. Mas o Estado, a sensação que dá, é que ele não quer perder a característica de ter atividade-fim. Porque hoje ele não teria mais que estar fazendo isso. Mas ele não abriu mão disso, e nós não tivemos condição de assumir, porque a gente não tem recurso financeiro. Então, isso está prejudicando um pouco o gerenciamento da cidade como um todo, ainda, na saúde. Tanto é que o Estado ainda tem um compromisso de atender os municípios vizinhos, os municípios da*

Grande São Paulo, da região metropolitana. Então, as nossas referências de especialidade são terrivelmente prejudicadas, porque a gente não tem esse gerenciamento dessas vagas.

Esmeralda: *(...) Então, na questão de referência, principalmente, de regulação, a gente não consegue atender... Deve ter por volta de 12 % dos encaminhamentos de especialidades – especialidades que eu digo, especialidades desde acupuntura, fisioterapia, SADT, cardio, otorrino, o problema é O – ortopedia, otorrino, odonto, oftalmo... E a gente acredita que a regulação, a secretaria deve estar achando novos parceiros para a gente poder pactuar as referências e a gente está fazendo a nossa parte comprando passes. A gente tem passes para mandar o usuário para qualquer lugar. É, só não tem para onde mandar. E esse foi o serviço, num primeiro momento, a ser organizado. (...) Faz parte desta rede, apesar de ser uma administração, a gerência ser do estado, o hospital de região tem 220 leitos, que agora nos colocou numa saia justa grande, porque está tendo uma reforma no centro obstétrico, e, então, reduziu muito a nossa referência de partos – eles estão... A gente está conseguindo fazer os nossos 90 partos por mês, mais 110 partos no Santa Marcelina – e para quem tem 600 partos por mês, só está faltando resolver 400. A gente está conseguindo organizar um sistema de referência para algumas dessas necessidades de saúde: pequenas cirurgias, ultra-som... A gente tem uma rede, mas ainda não é suficiente para o atendimento da população.*

Um dos limites para o Sistema de Referência e Contra-referência é a questão da territorialidade que, neste novo modelo político-administrativo de governos locais, pode tornar-se um problema com maiores dimensões, pois no espaço das Subprefeituras existe maior politização das ações locais de saúde, podendo gerar conflitos decorrentes de diferentes grupos de influência e pressão política.

A fala de Diamante ilustra o conflito em razão da escassez de serviços de saúde para satisfazer as necessidades da população do município que, além disso, precisam ser ofertadas para outras regiões do Estado. O Governo Estadual detém autoridade necessária para realizar as decisões políticas e fazê-las obrigatórias, caracterizando-se, desta forma, o exercício do poder político formal, que lhe é de direito.

Rubi expressa as dificuldades em relação à territorialidade, justificando, a necessidade de manter a SMS para alocar os recursos de serviços, de forma mais equitativa. Percebe-se uma tendência conflituosa de algumas Subprefeituras que sozinhas privilegiam-se dos recursos de que dispõem, sobretudo, quando há escassez de recursos e necessidade de uma divisão equitativa deles:

Rubi: (...) Porque é lógico que eu vou posso pegar uma região X, por exemplo, com 18 Unidades Básicas, um Ambulatório de Especialidades, um Centro de Referência para Doenças Transmissíveis e AIDS, um pronto socorro municipal, que é ligado a uma autarquia e que a minha porta de entrada para esta autarquia, dois hospital, um ambulatório e tem outras clínicas particulares. De repente, eu tenho nesta região uma riqueza de serviços que se eu quiser, sento com todo o mundo e fecho. Essa referência é nossa, fecho aqui e não preciso de mais ninguém. Ai, fecho para mim e não permito ninguém entrar (...)

Para o Secretário Municipal de Saúde, por enquanto, a oferta dos serviços caracterizados por uma atenção secundária e terciária, são administrados em nível central para que haja distribuição igualitária no Município.

Portanto, a função integradora da SMS deve ser mantida em especial, quando se analisa a problemática da acessibilidade aos recursos de saúde de alta complexidade de atenção a todo o Município, independente de sua alocação em regiões centrais.

As narrativas expressam que o Sistema de Referência e Contra-referência ainda representa um desafio da gestão. Rubi cita a questão da

territorialidade, justificando a manutenção das referências em poder da SMS, o que vai ao encontro da visão do Secretário, argumentando que a oferta de especialidades ainda é centralizada na SMS, para que haja uma distribuição igualitária de recursos no município, visto que estes, geralmente, estão alocados em regiões centrais, e poderiam ser considerados como exclusivos da região e, além disso, utilizados no jogo de forças políticas locais.

Nas falas, emerge o reconhecimento da fragmentação nas diversas Coordenadorias que compõem uma Subprefeitura e que esta é inadequada para solucionar os problemas de território, sendo necessário esforço para integrar as ações.

Apesar desse esforço e implantação do novo modelo político-administrativo, tendo em vista melhorar a qualidade de vida e de saúde da população. Os limites desses avanços foram narrados por todas as enfermeiras Coordenadoras de Saúde, apontando para uma impotência da gestão local de buscar a solução às necessidades de saúde da região, mesmo quando comprometidas e pelas precisões da população.

Sendo assim, os desafios relatados têm determinantes complexos, que transcendem a gestão local de saúde e não são específicos às enfermeiras Coordenadoras de Saúde. Neste sentido, pode-se entender quais são os alcances dessas gestoras para enfrentar estes desafios, manter a capacidade de negociação e desenvolver uma gestão democrática.

Neste cenário, a enfermeira Coordenadora de Saúde necessita desenvolver competências para entender o jogo de poder local, as possíveis contraturalidades, alianças e conflitos que os diferentes atores constituem entre si, tendo em vista criar alternativas para a intervenção em saúde e a possibilidade de identificar os impasses e limites de sua atuação.

Neste sentido, não pode se restringir a mobilização de um saber técnico, científico, mas em especial, necessita de um saber político, onde se situa o

jogo de forças e diferentes níveis de interesses para o enfrentamento da realidade da gestão local, das adversidades, do desafio do trabalho compartilhado como um processo a ser construído, que não se limita à Enfermagem e direciona-se à Saúde Pública. Assim, dando continuidade a problematização do tema é instigante saber quais são as competências que deverão nortear a conquista do novo cargo?

AS ENFERMEIRAS NA COORDENADORIA DE SAÚDE: DESAFIOS DE UMA PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICA

A gestão em saúde é uma ação política e só a experiência prática conduzirá à descoberta de caminhos mais próximos da realidade local em um caminhar ainda vago e inseguro que requer a articulação e mobilização de saberes e em um processo crítico-reflexivo, visando a compreensão do papel, das competências, desenvolvidas pelas enfermeiras investigadas na busca de novos modelos da gestão.

Diante disso, pretende-se levantar subsídios para desnudar o cargo de Coordenador de Saúde, na busca do entendimento do processo de indicação para exercê-lo, adoção de critérios para escolha do profissional e identificação das competências desenvolvidas e estratégias utilizadas pelas enfermeiras para o enfrentamento deste novo espaço profissional.

6.1 Competências para a indicação ao cargo de Coordenador de Saúde

Para compreender as competências para a indicação ao cargo é importante considerar como ocorreu este processo, iniciando com a narrativa das enfermeiras pesquisadas, em relação aos motivos de sua indicação e a caracterização geral dos profissionais que exercem o cargo de Coordenador de Saúde.

Na mudança da organização dos Distritos de Saúde para as Subprefeituras, observa-se que a competência técnica, inicialmente, privilegiada como critério para a indicação, foi acrescida da indicação político-partidário.

Em relação à indicação para ocuparem esse cargo, as narrativas das enfermeiras Coordenadoras de Saúde demonstram a clareza do processo:

Diamante: (...) O cargo de Coordenadora de Saúde é um cargo de confiança. Primeiro eu fui indicada pelo Secretário Adjunto do Eduardo Jorge, o Dr. Pedro Dimitrov. Depois, quando houve a formação da Subprefeitura, você tinha de ser referendada pelo Subprefeito e pelo Secretário de Saúde. E daí, com o Distrito a gente já trabalhava no governo local com a administração regional na época, que não era Subprefeitura.

(...) eu sou uma técnica, eu não sou militante do PT, eu não sou PT de carteirinha (...) Lógico, acredito em muitas coisas que eles defendem, mas nunca fui militante, nunca participei de nenhuma reunião, nenhum diretório, de nada. A minha escolha foi uma escolha técnica, foi por competência (...) Então, a gente tinha, mais ou menos, no começo, os Diretores de Distrito, uma formação em Saúde Pública, um conhecimento do Sistema Único de Saúde... Você podia discutir isso sem precisar de um nivelamento conceitual, porque as pessoas eram umas lutadoras pelo Sistema Único de Saúde, dentro do movimento de saúde, mesmo que não fossem do partido. Mas defendiam isso.

Esmeralda: (...) Nisso a Marta [Suplicy] entrou aqui, o pessoal me fez o convite, (...) Acabei participando da intervenção do módulo central do PAS, que justamente ficava no Ipiranga... Em 2001 eu assumi a coordenação do Ipiranga, do Distrito de Saúde do Ipiranga. Então, nesse interim eu fiquei mais na parte de intervenção [do PAS], então a gente literalmente assumiu o modelo cooperativo na intervenção por seis meses, foi um desgaste terrível, praticamente eu posso falar que eu comecei a tomar conta daquele distrito mesmo após esse período, e permaneci lá no Ipiranga até o ano passado, mas face à nova reestruturação, principalmente da questão política da posição da Câmara, das Subprefeituras, à época, eu já imaginava que a

Subprefeitura seria de fato uma realidade, e aí a gente já se organizava lá para ter SAMU, almoxarifado, uma UVIS forte com a zoonose, e aí configuramos um Distrito Sanitário lá, e no ano passado fui convidada para assumir aqui esta região.

*(...) e no ano passado fui convidada para assumir aqui esta região.(...)
Eu estava lá e acho que com a nova situação política que se desenhou na Subprefeitura, houve quem indicasse as pessoas para os locais, para criação dos cargos das Subprefeituras. E no Ipiranga, na época, a indicação do Coordenador de Saúde se daria por outra pessoa, e... E aí eu recebi um convite do Subprefeito daqui para vir trabalhar com ele.*

Rubi: *(...) dividiu-se a cidade nos 41 Distritos de Saúde e convidou as universidades para estarem fazendo junto a gerência dos distritos de saúde, com a proposta de que esses distritos fossem Distritos de Saúde-Escola. (...) Então, cada uma dessas universidades acabou ficando responsável por um Distrito de Saúde. A UNIFESP acabou ficando com dois (...) já tinha um trabalho de envolvimento com a população desta região e a gente já trazia alunos para fazer processos de integração com a população, já conheciam o serviço, a gente vinha fazer processo de identificação do que era saúde, do território... eu acabei vindo para cá, como Diretora do Distrito, com a perspectiva de a gente desenvolver esse projeto de Distrito de Saúde-Escola. Eu vim como Diretora de Distrito, pela UNIFESP para implantar o que a universidade já tinha estabelecido. O reitor indicou o meu nome e o Eduardo Jorge aceitou. O processo foi assim: as universidades indicaram os seus profissionais e o Eduardo aceitou ou não aceitou, e ele aceitou alguns e a gente acabou aceitando também. O reitor me ligou (...) ele fez o convite.(...) Eu iria ficar com esse processo da gente estar trabalhando junto, ainda com a questão do distrito-escola.*

(...) Quanto à filiação partidária, algumas pessoas que estavam aqui na Subprefeitura mais próximas de mim, sabiam que eu era petista. De modo geral, a população não sabe. O reitor sabia; na verdade, não foi por isso a indicação, porque a outra colega que ele indicou para a Vila Maria não é. Então, na verdade, o que importou... Ele até falou para gente que ele percebia que nós éramos pessoas que tínhamos envolvimento com essa questão da Saúde Pública, da saúde coletiva (...) Mas é lógico que a filiação partidária ajuda (...) Eu fiquei no Distrito de 2001 até abril de 2003. Foi no final de abril de 2003 que começam as Subprefeituras e eu fui indicada para a Coordenadoria.

Das falas das enfermeiras entrevistadas, que participam, desde 2001, no início do processo de municipalização da saúde no Município de São Paulo, emergiram a indicação para os cargos de Diretoria dos Distritos de Saúde de profissionais envolvidos com a Saúde Pública, conhecimento do SUS e do território e participação com os profissionais que comporiam a Subprefeitura ou que já trabalham na região. Sendo assim, estes critérios apontam para uma indicação de competências técnicas.

Apenas Rubi narra sua filiação político-partidária ao Partido dos Trabalhadores (PT), considerando que este fato pode ter contribuído para sua indicação, não constituindo, entretanto, um critério determinante. Considera expressivo o apoio do reitor da UNIFESP, que inclusive intermediou seu convite. Desta forma, a proposta e o interesse de manter a parceria da universidade com a Prefeitura, a perspectiva da continuidade do projeto Distrito de Saúde-Escola também foram considerados na sua escolha para assumir o cargo.

Diamante expressa que a filiação político-partidária não foi um critério para sua indicação, como diretora do Distrito de Saúde, enfatizando a sua competência técnica para o cargo.

Em relação à indicação de enfermeiras para o cargo de Secretário Municipal da Saúde, ALMEIDA (2002) refere-se o não envolvimento do profissional

de enfermagem com a política local era desejado para um planejamento mais técnico do que político. No entanto, a Subprefeitura é uma instância política.

Pérola assumiu o cargo de Coordenadora de Saúde em 2003 e aponta outros critérios para a sua indicação:

Pérola: (...) *Em abril de 2003, eu assumi a Coordenação de Saúde. Já era Coordenadoria de Saúde, não era mais Distrito de Saúde. Já fui nomeada como Coordenadora pelo Subprefeito. Sou do PC do B. Na verdade, é assim: quando a gente fala em indicação política. Agora nessa Subprefeitura, todos nós aqui, o Subprefeito é do PC do B, todos nós somos do PC do B, e o nosso partido não trabalha com essa lógica de vereador, não tem vereador que manda em determinada área do partido, em determinada região da cidade.*

(...) *É político, porque foi o meu partido que decidiu, definiu que eu seria, nesse momento, a melhor pessoa para assumir essa tarefa. Agora, claro que obedecendo a critérios técnicos. Por isso, que nesse momento, eu era a pessoa que o partido achava que tinha de ser indicada (...) É prerrogativa do Subprefeito indicar os Coordenadores. Mas no caso da saúde, a gente passou por uma avaliação técnica; porque não adiantava, por exemplo, indicar um engenheiro para ser Coordenador de Saúde, um advogado. Alguém que não tem a menor noção do que acontece na saúde. Eu passei também por uma discussão no Conselho Gestor da Coordenadoria, que é, na verdade, o Conselho do Distrito, antes de ser nomeada. Eu tenho uma prática essencialmente pública em Saúde Pública (...) Acho que isso pesou na sugestão do meu nome para a Coordenadoria de Saúde. Mas não é só a trajetória profissional, porque a escolha da minha trajetória profissional tem a ver com a minha trajetória de vida. Desde o colegial, eu sou de grêmio estudantil – eu entrei no PC do B com 15 anos. Antes de tirar o título de eleitor, eu já entrei para o PC do B. (...) Então, sempre estive voltada para essa trajetória de militância.*

Na fala de Pérola, além do comprometimento com a Saúde Pública e competência técnica avaliada no processo de seleção para o cargo por meio de reuniões com os Conselhos, destacou-se a trajetória de vida caracterizada por militância política e a indicação político-partidária.

Desta forma, em 2002, a implantação das Subprefeituras alterou a correlação de forças no município, com a configuração de uma nova instância de poder político local, que gera a necessidade de pactuar acordos e conciliar diversos interesses locais. As narrativas, a seguir, expressam este momento:

Diamante: (...) *Com a mudança do Secretário, com a mudança das Subprefeituras houve uma mudança muito grande no número de Coordenadores, dos 41 que a gente tinha dos Distritos e quando passou para os 31 das Subprefeituras, que eu acho que nós estamos desde o começo, desde 2001, devem ter sobrado uns dez, não mais que isso. Então, houve descontinuidade, o que foi mais prejudicado foi essa mudança de Coordenador. Porque daí começou a ter a interferência de política local, porque a gente sabe que esta cidade é dividida em feudos pelos nossos vereadores e, em alguns lugares, eles cobrem e exigem mais do Subprefeito. E mesmo os Subprefeitos, a escolha deles também teve a pressão das forças políticas dos feudos que a gente tem, é lógico! Então, os Coordenadores foram escolhidos, estes mais novos, com estas características. Diferente dos primeiros. Os primeiros foram escolhidos... No momento em que há a instalação das Subprefeituras, isso se perde um pouco. Então, eu acho que comprometeu, mais a instalação das Subprefeituras do que a mudança do Secretário, porque o Gonzalo [Vecina Neto] continua defendendo o Sistema Único de Saúde, tentando implantá-lo.*

(...) *No momento em que as Subprefeituras foram instaladas, em muitas regiões, a escolha do Coordenador foi escolha do Subprefeito junto com os vereadores locais e aí, sim, eu acho que teve uma perda grande de qualidade. Não foram a questão técnica e a competência... Não era nem*

a militância do partido, do PT, do Partido dos Trabalhadores, mas de outros partidos.

Esmeralda: *(....) os indicadores para a escolha ou para a permanência dos Coordenadores mas, muito mais a parte política. Então, eu acho que tem um pessoal formado, tem muita gente nova. Acho que quem iniciou o processo em 2001, e até agora que a gente chama dos tais dos Matusaléns, que são a história viva em pessoa, registro vivo da SMS, nós somos atualmente em oito, que foram Coordenadores de Distrito e que hoje são Coordenadores de Saúde.*

Rubi: *(....) Só que tinha a indicação do Secretário e tinha a indicação política, que vinha indicando pessoas que tiveram relação com a proposta de implantação do PAS e que mantiveram o PAS aqui em São Paulo. Tem pessoas na região que tiveram todo um envolvimento na coordenação do PAS, e essas pessoas estavam sendo indicadas pelo político da região e o Eduardo Jorge não queria aceitar de jeito nenhum, mantinha a colega que estava aqui, mas foi um período de muita tensão. (....) E isso é muito complicado quando você tem cabeças muito diferentes pensando, principalmente, neste momento em que os Coordenadores de Saúde não são os Diretores de Distrito que o Eduardo Jorge convidou, que ele convidou sob uma lógica técnica em cima da proposta que ele tinha para o SUS da cidade. A lógica, hoje, dos Coordenadores não é a lógica do SUS. É uma lógica voltada para a questão da Subprefeitura e da política da governabilidade. Então, têm várias maneiras de se pensar o SUS. E isso é complicado.*

(....) A indicação [para a Diretoria dos Distritos de Saúde] do Eduardo Jorge foi mais em cima da história de vida das pessoas do que a

formação. Para indicação dos Coordenadores de Saúde [Subprefeituras], a indicação mais política foi mais em cima da questão médica.

Pelos relatos, nota-se uma mudança na correlação de forças com a implantação da Subprefeitura, que implicaram a alteração das competências para o cargo de Coordenador de Saúde, com a valorização da indicação político-partidária e preocupação com a governabilidade, por intermédio de alianças e acordos políticos.

Diamante, Esmeralda e Rubi expressaram as mudanças de critérios de competência para do cargo de Diretor de Distrito Sanitário para Coordenador de Saúde, com ênfase atual para a valorização da formação profissional e a descontinuidade de compromisso com o SUS.

Esmeralda e Rubi narram que a história profissional na Saúde Pública foi valorizada na escolha dos Diretores de Distrito de Saúde, e os que ainda permanecem no atual modelo político-administrativo foram denominadas por Diamante de “Matusalém”, umas referências ao fato de fazerem história na SMS, podendo também significar uma persistência de luta e engajamento em defesa do SUS.

Os Subprefeitos entrevistados consideram como principal critério para indicar um Coordenador de Saúde o conhecimento da região, enfatizando a necessidade do profissional estar e atuar na realidade local. Para eles, o Coordenador, deve obrigatoriamente, cuidar da gestão de todos os equipamentos, além, da financeira. Enfatizam a importância da competência profissional, considerando como critérios para avaliá-la: o conhecimento sobre a saúde e suas políticas. Privilegiam a atitude democrática, justificando a relevância da relação compartilhada com a população e a capacidade de dialogar, ouvir, conhecer os líderes comunitários, negociar, participar dos fóruns em uma oposição “*a ficar sentado na sua cadeira na Subprefeitura e discursar*”.

Assim, a aproximação do Coordenador de Saúde com a problemática da região e o desenvolvimento da competência política, do relacionamento com as lideranças sociais são valorizados pelos Subprefeitos.

As enfermeiras referem participação em fóruns de discussão com a população e apenas Pérola enfatiza, em sua fala, o contato com as lideranças: *“eu conheço as lideranças pelo nome, sei os problemas de cada unidade de saúde, uma por uma”*.

Em relação à necessidade de concordância partidária, os Subprefeitos consideram que deve haver afinidade com as propostas políticas, não, necessariamente, com um partido político. Defendem a importância da clareza dos valores que os Coordenadores partilham, independente da opção político-partidária.

A questão de governabilidade é considerada como expressiva na indicação do Coordenador de Saúde, portanto, não existe critério explícito de filiação partidária, mas, de valores que estão congruentes com o partido da situação ou coligações.

Para o Secretário, o papel do Coordenador de Saúde é fazer valer as orientações da SMS, conferir uma certa unicidade em relação às questões de saúde. O Coordenador deve decidir quais são as prioridades de saúde a serem trabalhadas em sua região, devendo, portanto, ser um profissional de saúde, independente da área de formação, utilizar a epidemiologia, como metodologia de análise da situação de saúde e tomada de decisões e analisar o impacto de sua ação. Além disso, estabelecer no trabalho uma relação direta com os Coordenadores das outras áreas nas Subprefeituras. Adota como critério para aprovar ou vetar o candidato ao cargo, a história de vida do trabalho e que este não tenha ocupado cargos administrativos nas cooperativas no PAS.

Também afirma que o veto pode ocorrer a qualquer momento, e o parâmetro para avaliar um Coordenador de Saúde é a competência técnica, com um mínimo de articulação dentro da Saúde Pública, deve conhecer o SUS e ter habilidade

de articulação política. No processo de avaliação, sempre há uma entrevista do candidato com o Conselho de Saúde da região, para avaliar como ele se comporta com os Conselhos e com os temas da saúde; além de sua participação em reuniões com o Conselho Gestor da Subprefeitura, com isso, admite ruptura da hegemonia médica aos cargos públicos de saúde.

Na medida que as competências referidas pelos Subprefeitos entrevistados e Secretário Municipal de Saúde não se restringem aos saberes da categoria médica, parece indicar uma tendência à ruptura da hegemonia médica.

Com a implantação da Subprefeitura, há a participação de outros atores no jogo político, disputando espaços locais de poder formal, anteriormente personalizado na figura do Prefeito ou do Secretário Municipal de Saúde. Desta forma, a nova correlação de forças possibilita que possam prevalecer outros critérios, entre os quais se destaca, nas narrativas, a necessidade de governabilidade enfatizada pelos Subprefeitos.

A preocupação única com a governabilidade na arena local de saúde pode significar limitações e impasses para a implementação de políticas públicas equitativas e redistributivas preconizadas pela Reforma Sanitária. Não há um deslocamento de poder da SMS para a Subprefeitura ou vice-versa. Passa a ocorrer, basicamente, uma outra instância de poder que pode ou não ser divergente dos interesses de defesa do SUS.

Diante disto, as competências de indicação para o exercício do cargo de Coordenador de Saúde refletem a necessidade de ser um profissional de Saúde Pública.

Tendo em vista, continuar a problematização do tema é relevante considerar a Enfermagem na Coordenadoria de Saúde.

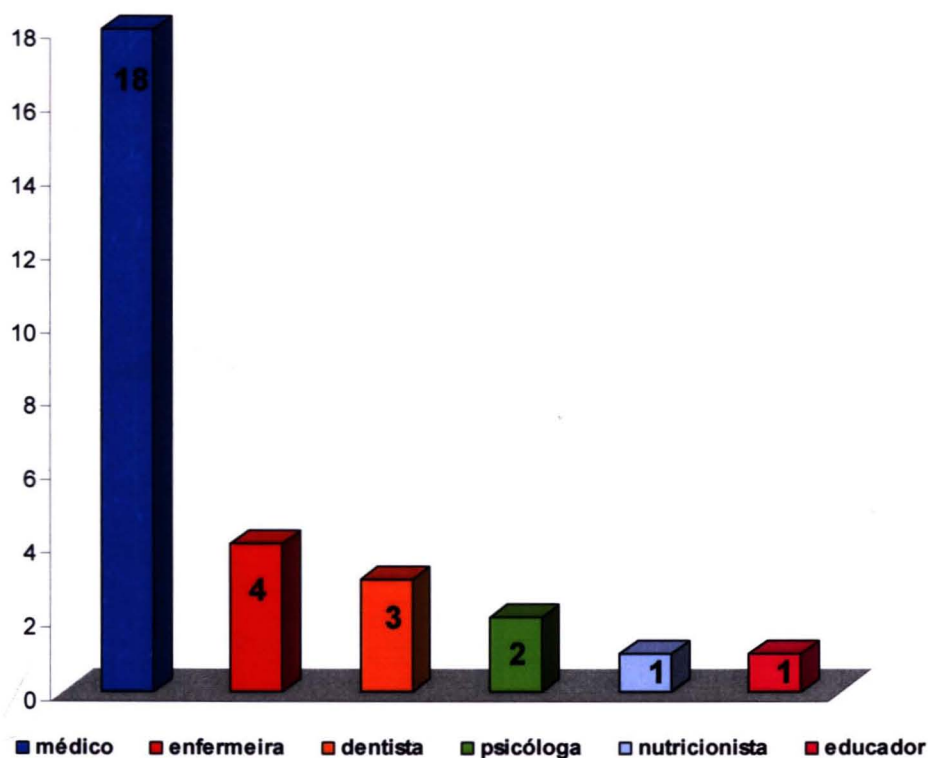
6.2 Enfermagem e a Coordenadoria de Saúde: conquistando novos espaços, enfrentando desafios.

A Enfermagem é entendida como uma profissão prática, com um espaço próprio de atuação, orientado por pressupostos específicos e com âmbitos de intervenção definidos em seu cotidiano. Ao conquistar novos espaços, gera a necessidade da busca de novos saberes e estratégias direcionadas ao enfrentamento dessa realidade. Desta forma, perfil das enfermeiras e seu trabalho nesse novo modelo em construção serão analisados.

Neste cargo, o exercício depende da indicação do Subprefeito e do Secretário da Saúde, devem ser destacadas as impressões que estes atores têm a respeito da enfermeira Coordenadora de Saúde.

Para os Subprefeitos, a Coordenadoria de Saúde deve ser administrada por um profissional de saúde. Um deles reiterou a tendência da sociedade considerar o médico, como o profissional mais competente, mais responsável. Mas, deixou claro que este é um estereótipo equivocado e que não comunga desta visão, ressaltando ser importante que o profissional saiba articular, ser democrático e negociar, embora se observe a manutenção da hegemonia médica, conforme pode ser verificado na Figura 5, a seguir:

Figura 5: Distribuição do número de Coordenadores de Saúde, conforme a categoria profissional. Município de São Paulo, 2004.

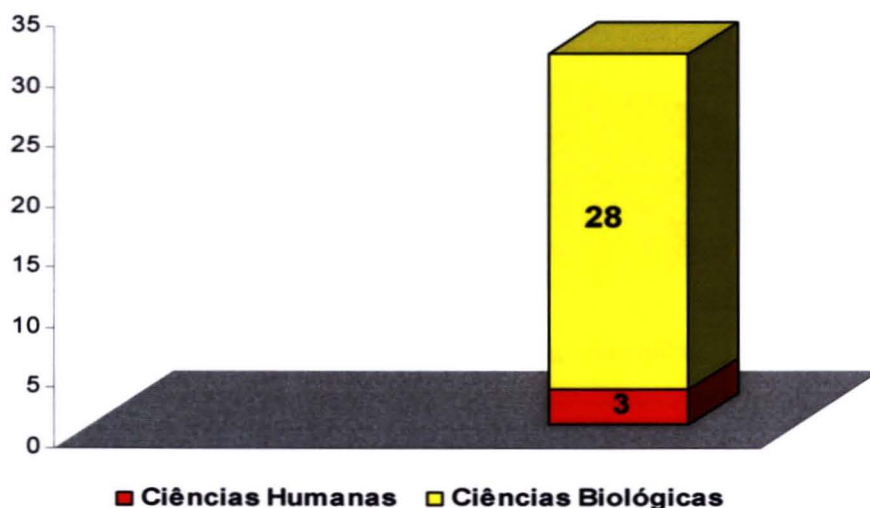


Fonte: Secretaria Municipal da Saúde, 2003.

Observa-se que 58,0% dos Coordenadores de Saúde são médicos. A enfermeira é a segunda categoria profissional majoritária, representando 12,9%, o que corresponde há um diferencial entre estes profissionais de 45,1%.

A distribuição dos Coordenadores de Saúde, quanto à área de formação profissional, pode ser observada na Figura 6.

Figura 6: Distribuição do número de Coordenadores de Saúde, segundo a área de formação profissional. Município de São Paulo, 2004.



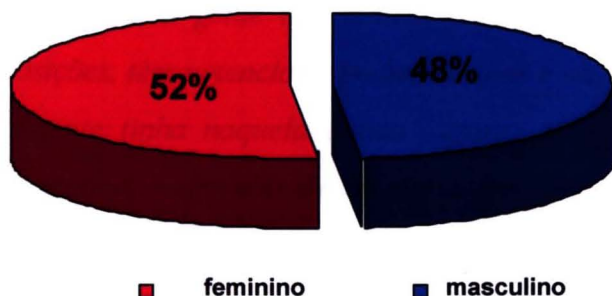
Fonte: SMS, 2004.

Em relação à área de formação profissional, verifica-se que apenas três Coordenadores de Saúde, representando 3,6 % do total, são graduados em Ciências Humanas. Os 28 Coordenadores (96,4%) têm formação em Ciências Biológicas.

Pode-se concluir que a formação profissional é um critério para indicação do Coordenador de Saúde, e os profissionais das Ciências Biológicas são privilegiados.

Na figura 7 pode-se observar a indicação dos Coordenadores de Saúde, segundo o sexo.

**Figura 7 - Distribuição dos Coordenadores de Saúde, segundo o sexo.
Município de São Paulo, 2004.**



Fonte: SMS, 2004.

Observa-se uma distribuição equitativa dos Coordenadores de Saúde, segundo o sexo, com 16 mulheres e 15 homens, porém majoritariamente os profissionais de saúde são do sexo feminino e, portanto, a questão do gênero não é considerada como critério para a escolha do profissional para o exercício do cargo. Por outro lado, o fato de haver um número significativo de médicos como Coordenadores de Saúde, pode explicar a equivalência entre homens e mulheres.

Algumas entrevistadas posicionaram-se em relação à composição profissional das Coordenadorias de Saúde:

Rubi: (...) Na cidade são 31 Coordenadorias de Saúde. E apenas quatro enfermeiras? Tem mais (...) Nossa, eu achei que nós éramos mais! Acho que são quatro, são quatro mesmo. São quatro enfermeiras.

(...) São 18 (médicos) na Coordenadoria, mas são difíceis, são difíceis. Tem uma hegemonia. Mas a hegemonia está exatamente nessa forma que as pessoas têm para estar entendendo (...) Tinha um leque maior: tinha assistente social, tinha psicóloga... não tinha essa coisa em cima do perfil de formação (...) Para indicação das Coordenações de Saúde, a

indicação mais política foi mais em cima da questão médica. Agora, você tem que medir quantos homens e quantas mulheres. Têm muito mais homens do que mulheres. Na época [em São Roque], mais do que exista hoje em dia. Hoje, a gente tem muitas profissionais enfermeiras que ocupam posições, têm potencial e podem ocupar e são valorizadas, mais do que a gente tinha naquela época. Agora, sem dúvida ainda tem hegemonia médica. E eles não são mesmo os melhores gerentes.

Rubi ao mencionar a presença majoritária do médico na Coordenadoria de Saúde, faz uma conotação de valor da sua competência, pois considera a presença de melhores profissionais para o exercício do cargo e a dificuldade de relacionamento com esta categoria. É relevante considerar que um dos entendimentos de coordenar, expresso nas narrativas das enfermeiras, é a de ser um facilitador.

Na gestão compartilhada, há uma nova tentativa de diminuição a autonomia técnica por meio da intersetorialidade e da multiprofissionalidade em confronto com os interesses dos médicos e de outros profissionais que detêm poderes desiguais.

Ao analisar o trabalho da gestão de enfermeiras, ALMEIDA (2001) concluiu que um dos conflitos presentes decorria do fato de uma enfermeira ser gestora de escritórios regionais (ERSAS), o que provocava uma perda de poder e de espaço político dos médicos que, até então, dominavam o setor saúde.

A situação também foi vivenciada por uma das entrevistadas, quando assumiu a Diretoria de Saúde de São Roque:

Rubi: (...) *Mas aí no período em que eu fiquei respondendo pela Diretoria de Saúde que, naquele momento, as pessoas ainda não tinham... Tinha toda uma abertura para essa questão da relação entre os serviços, a questão da integração, mas o que era uma profissional enfermeira respondendo por uma Secretaria, uma Diretoria, aí isso algumas pessoas começaram a questionar. Alguns profissionais de*

algumas áreas começaram a questionar e ficou um clima muito pesado, porque, na verdade, a gente quis manter uma relação de trabalho com a própria Prefeitura e a gente tinha o apoio lá do Prefeito, mas teve um grupo muito forte que começou a trabalhar com a questão partidária, e então começaram a fazer (...) Então, eu comecei a sentir que vários dos processos que a gente já estava encaminhando, começaram a ser barrados (...) Então, quando ele começou com essa coisa, começou a minar um pouco, eu sentei com o Prefeito, fui conversar. E a gente fez esse diagnóstico, de que a coisa não era pessoal, mas acabava dificultando todo o trabalho que a gente tinha a fazer. Então, ele concordou que eu sáisse – muito contra a vontade dele, porque ele gostava muito de mim, mas ele falou: “não, realmente, não dá para você ficar”, porque a minha saída foi por conta disso... Então, era aquela coisa, a força que ele tinha como profissional mesmo, antigo, da cidade. Mas, então, entrou um outro colega dele, na verdade um outro médico, trabalhando com a gente, a gente ficou aí um tempo junto, eu fiquei ajudando ele na administração lá do serviço, porque pelo Prefeito eu ficaria, mas a gente chegou à conclusão de que não dava, e a gente colocou um médico lá na Diretoria e eu fiquei assessorando ele.

No caso de Rubi, apesar do apoio do Prefeito, da experiência e conhecimentos administrativos e geográficos da região, correspondendo aos critérios indicativos de sua competência profissional, não foram suficientes para mantê-la no cargo de Diretoria da Saúde em razão de sua formação. Assim, o médico foi privilegiado para exercê-lo. Desta forma, a enfermeira ficou em uma posição hierarquicamente inferior, assessorou o médico que assumiu o lugar, o que permite afirmar que o profissional de medicina, mesmo na área de Saúde Pública, com o trabalho interdisciplinar, mantém o poder de posição hierárquica e da tomada de decisão, cabendo à Enfermagem executar o trabalho.

Em relação à profissão médica, FREIDSON (1984) menciona a dominância médica na divisão do trabalho, seu monopólio subordinando todas as

outras profissões que lhes estão relacionadas ou que lhe são adjacentes, mantendo-as no estatuto de grupos paramédicos. Realça a relação da medicina com o Estado, conforme o monopólio que a profissão médica detém sobre as práticas de saúde, que são legalmente garantidas e ratificadas nas várias instâncias do poder, na soberania sobre as outras categorias, historicamente, constituídas.

Na atualidade, esta questão recompõe-se com a Resolução do Conselho Federal de Medicina, nº 1627/2001, em cuja ementa o ato médico é definido e dá outras providências, ao estabelecer, como ação dos médicos, o sentido de resguardar sua hegemonia no âmbito da saúde, cerceando as atividades dos outros profissionais de saúde.

Esta hegemonia decorre do poder que o médico tradicionalmente exerce sobre o doente. Ao estudar a tecnologia em saúde, GONÇALVES (1994) afirma que a medicina tem o saber biológico do corpo de forma exclusiva, equivalendo a uma capacitação por desqualificar os demais profissionais. A importância do embasamento científico permite a manutenção de sua lógica dominante, com o poder de legislar e julgar sobre a saúde e a doença.

Diante disso, a natureza do trabalho de outros profissionais de saúde, incluindo os da enfermagem, é definida com referência ao trabalho médico e na centralidade das tarefas médicas, restringindo e delimitando o alcance, as condições de exercício e das estratégias das enfermeiras. Desta forma, eles conservariam a posição de poder e prestígio.

Vários fatores podem contribuir para esta hegemonia médica na saúde, entre os quais o imaginário da competência médica, do gênero, o modelo de atenção centrado no trabalho médico e a subalternidade social institucionalmente construída das mulheres e enfermeiras. Embora, nesta pesquisa, o processo de trabalho ocorra na Saúde Pública, é significativo considerar que, historicamente, o cuidado de enfermagem emerge e institucionaliza-se nos hospitais e, ainda hoje, é o modelo predominante na sociedade.

É importante ressaltar que ALVARENGA (1994) ao considerar a

Saúde Pública um campo de investigação interdisciplinar com um trabalho coletivo que, desta forma, possibilita o reconhecimento de diferentes ações, com diversos objetivos, que podem ser dominados, por distintos profissionais.

Desta forma, o trabalho em Saúde Pública parece possibilitar a ruptura da hegemonia médica, entretanto ao se considerar a Coordenadoria de Saúde, observa-se que no espaço local de poder a competência política e a necessidade de legitimidade, diante dos interesses da comunidade que favorecem o fortalecimento do saber médico.

Os Subprefeitos consideram a Enfermagem uma profissão vitoriosa por sua força e dedicação, atribuindo às profissionais a qualidade de heroínas, diante da necessidade de tomar decisões em momentos cruciais e sempre na linha de frente, assinalando a ausência de fatores limitantes da enfermeira para assumir o cargo. Portanto, expressam um imaginário social-positivo em relação à enfermeira e a seu papel na Saúde Pública.

Por vezes, esta visão manifesta um discurso político, e parece refletir igualmente uma visão da Enfermagem pela sociedade, prestigiando a figura de heroína, sem valorizar seu papel, como profissional de saúde.

O Secretário entrevistado enfatiza que a enfermeira, dentro do conjunto de profissionais à disposição para ocupar o cargo de Coordenadora de Saúde, é um dos mais talhados para esta tarefa, sobretudo, porque sempre teve a função de coordenação da equipe dos auxiliares e técnicos de enfermagem, favorecendo sua capacidade gerencial. Faz também referência ao currículo de graduação de Enfermagem, no desenvolvimento das competências administrativas, direcionadas à organização e administração dos recursos que conferem uma vantagem à enfermeira em relação a outros profissionais de saúde.

No entanto, considera a relação com os profissionais da equipe de enfermagem é, muitas vezes, de forma autoritária e normativa, tendo como experiências os procedimentos técnicos. Saliencia a dificuldade da enfermeira discutir

politicamente com outros profissionais de nível superior, que exigem uma argumentação, reflexão e mudança de ideais.

Para a enfermeira Coordenadora de Saúde é relevante o desenvolvimento da competência para poder estabelecer uma relação negociada e flexível com os demais profissionais, visto que, no cotidiano de seu trabalho, ela reproduz a organização hierárquica vertical, autoritária e a dualidade entre concepção e execução do trabalho, afirmando a fragmentação do processo de trabalho, como afirma BRAVERMAN (1987).

Parece que a relação autoritária da enfermeira com a equipe de enfermagem, referida pelo Secretário, ocorre porque o curso de graduação confere à enfermeira uma posição hierárquica superior aos profissionais de nível médio, desta forma, o poder está relacionado à autoridade do cargo, adequando-se à organização do trabalho proposto pelo modelo burocrático de Max Weber, fundamentado na impessoalidade das normas, regras e hierarquia formal.

Desta forma, faz sentido a afirmação de ALMEIDA (2001), de que a enfermeira é a profissional preferencial quando se deseja viabilizar Políticas de Saúde, que atendam a interesses políticos-econômicos em momentos históricos específicos, atuando como facilitador, porém, com dificuldades relacionadas à legitimidade, quando exerce cargos de alto poder hierárquico.

Parece que um outro fator relevante, não mencionado, é a disponibilidade das enfermeiras de dedicação em tempo integral ao serviço público por não atuarem como profissionais liberais.

As falas das entrevistadas contrariam a conotação de fraqueza, docilidade, atribuída à Enfermagem e a enfermeira que, às vezes, são configuradas como próprias da natureza feminina. Elas expressam a idéia de força, luta, prestígio e até de transgressão do movimento de, simplesmente, acatar e obedecer:

Diamante: (...) *É uma equipe, eu reputo como uma equipe tecnicamente muito bem preparada... É muito bom, mas traz muita dificuldade para*

você coordenar a equipe, uma mulherada com personalidade forte, que luta por aquilo que acredita e, então, é difícil, mas aos trancos e barrancos a gente tem conseguido coordenar essa equipe e produzir algumas coisas interessantes.

Rubi: (...) *O reitor me ligou, eu estava de férias, estava saindo de férias, estava passando o final de semana fora e depois ia viajar mesmo, mais para longe. Tinha ido ver minha família lá em Matão, minhas tias. E eu estava na rodoviária indo embora quando tocou o telefone: “Professora, eu preciso falar com a senhora”. “Pode falar”. Ai ele fez o convite. Eu falei: “Nossa, mas isso é grande demais!” “É grande, mas a senhora consegue. Muita responsabilidade, mas a senhora tem, e por isso que eu estou lhe convidando”. E eu acabei ficando.*

Pérola: (...) *Desde o colegial, eu sou de grêmio estudantil – eu entrei no PC do B com 15 anos. Antes de tirar o título de eleitor eu já entrei para o PC do B. Então militei na União da Juventude Socialista; fui de grêmio estudantil; entrei na faculdade, fui para o centro acadêmico, duas gestões; fui do DCE, fui da Executiva Nacional dos Estudantes de Enfermagem; fui representante do conselho universitário da faculdade.*

As falas extrapolam os reflexos do perfil de passividade, subserviência e despolitização das enfermeiras, como referidos por outros autores (LOYOLA 1984; GOMES 1991; ALMEIDA e ROCHA 1997), provavelmente, pela percepção a respeito do trabalho que, necessariamente, é coletivo e compartilhado. Talvez, por isso mesmo, diferenciem-se e estejam ocupando e desbravando esse novo espaço.

Neste estudo, observa-se outra problemática na divisão do trabalho da Enfermagem. A enfermeira é considerada pelos Subprefeitos e pelo Secretário, como a profissional de saúde mais qualificada para as funções administrativas, mas não consegue superar questões internas da profissão, entre as quais a divisão conflituosa da Enfermagem nas categorias de auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeira. O outro fator a ser considerado é a imagem que o próprio profissional possui da Enfermagem e da enfermeira e, de como consegue divulgá-la socialmente na busca da legitimidade social.

Historicamente a enfermeira detém a função de organizar racionalmente as atividades exercendo, dessa forma, o controle sobre as tarefas pelo estabelecimento de métodos uniformes e rotinas de trabalho, protocolos de condutas e manuais de procedimentos de enfermagem, além do estudo de tempos e movimentos na realização de técnicas e tarefas (FRACOLLI 1999; NIMTZ 2003).

A seguir, as narrativas que ilustram esta questão:

Diamante: (...) *Na época em que eu me formei, eu acho que a minha escola formava gente tanto para assistência direta... Mas esse lado gerencial era superestimado também, era bem cuidado. Então, o nosso curso, o módulo de administração, naquela época, era um módulo muito importante na escola, e você saía com essa visão: era assistencial e fazia gerenciamento. Para mim, esses dois aspectos da formação da enfermeira nunca bagunçaram minha identidade profissional. Eu acho que o aspecto do cuidar, você tem que fazer o planejamento da sua assistência, do seu cuidado, etc. Então, essa parte administrativa que a gente tinha no currículo era muito importante. Acho que ela ainda é muito importante. Muito. Tanto é que você passa pela vida afóra e daí os outros profissionais te classificam, te chamam... Eu tinha um amigo que trabalhava com a gente que nos chamávamos de Taylor e Fayol, porque a gente organizava tudo. Em qualquer lugar que você vai, você acaba com essa pecha, entendeu? Você tem que priorizar o seu trabalho, em qualquer lugar que você esteja, então, você fica com essa pecha de*

administrador, de gerente de coisa... “Ah, deixa que a enfermeira cuida disso... Mas eu acho que é importante. É lógico que tem colegas que não têm muito desenvolvido esse lado e aí desenvolve mais o lado assistencial. Pessoas que não têm... Que mesmo a escola te dando a formação, te dando subsídios teóricos e práticos, na vida depois você envereda por outros caminhos, porque você não tem perfil de liderança, de gerenciamento, etc. Então, você mesmo envereda por outros caminhos.

Esmeralda: *(...) A Enfermagem sempre tem uma visão muito sistêmica, muito grande. Acho que é diferente de qualquer outra categoria. Ela possibilita ter uma visão imensa. Em qualquer olhar: seja o da comunidade, seja para o paciente, seja do equipamento de saúde, ela dá possibilidades mil para você... Então, eu acho que a Enfermagem me propiciou, muito mesmo. Agora, isso ela acaba num dia-a-dia da administração servindo para algumas coisas, acho que servindo muito mais para a capacitação que você fez posteriormente de entender a lógica de onde você está empregada – que cada instituição tem uma lógica de funcionamento, diferente – e do que você pode, dentro dessa lógica, reverter. a especificidade de ser enfermeira e de desempenhar ações gerenciais, eu acho que tem muito a ver com a minha formação.*

Rubi: *(...) A gente [enfermeira] tem um perfil voltado para essa questão do gerenciamento, da administração, da organização do serviço. (...) mas de todos os profissionais da área da saúde nós somos os únicos que têm esse processo de discussão dentro do currículo, com mais clareza estabelecida. A gente tem administração, a gente discute administração de serviço. A medicina não tem. O único currículo que discute administração é o da enfermagem. É o único currículo da área de saúde.*

Mesmo o pessoal da nutrição discute ligado ao serviço da nutrição, mas é muito pequeno, muito na superfície. E a gente discute, a gente tem no curso mais do que um, porque a gente tem Administração, voltada para a unidade hospitalar, e tem Administração de Serviços de Saúde. Então, há muito tempo a gente tem essa questão administrativa. (...) Ainda mais nos últimos anos, depois da entrada do técnico e do auxiliar dentro da profissão, a gente vem tendo muito essa discussão. Então, você acaba sendo a grande gerente deste grupo de profissionais e a gente acaba tendo um perfil legal para estar lidando com essas questões. A gente consegue ver a saúde de forma mais ampla (...) mas tem essa questão que a gente consegue ver a saúde de forma mais integral, consegue perceber que tem um sistema, que tem uma articulação... E sem dúvida nenhuma, a gente que trabalha com Saúde Pública acaba tendo essa coisa de perceber e acaba tendo um potencial muito grande.

As falas expressam a valorização da competência administrativa, da organização, da resolutividade e da articulação com os outros profissionais e serviços que a enfermeira tem a oportunidade de desenvolver na graduação e trajetória profissional, sendo significativos na gestão local de saúde.

Diamante reconhece os aspectos organizativos da administração na formação da enfermeira, valorizando-os e expressa o uso dos princípios das Teorias Clássicas e Científicas, de forma a caracterizar o saber da Enfermagem. A divisão do trabalho em tarefas, a dualidade do trabalho intelectual e manual e a função administrativa são idéias que se complementam com os princípios de Fayol, entre os quais: autoridade, ordem, disciplina, hierarquia, unidade de comando, centralização e divisão do trabalho. A função de administração da enfermeira está relacionada aos cinco elementos da administração: planejamento, organização, comando, coordenação e controle (FAYOL 1975).

Trata-se de uma proposta com ênfase na organização administrativa, na funcionalidade e na sistematização do trabalho administrativo. Estes princípios da administração são tradicionalmente aplicados na Enfermagem que, desde

sua formação e organização, sempre buscaram a valorização da execução de tarefas, o ordenamento racional das múltiplas funções, a disciplina, a hierarquia, a especialização e a divisão do trabalho.

Esmeralda menciona a visão sistêmica da enfermeira, referindo-se a prática do trabalho de relacionar-se com outros profissionais de saúde, serviços e vislumbrar a rede social do trabalho em saúde, significantes para a gestão local de saúde.

Sendo assim, é expressivo considerar a necessidade de revisão e contextualização dos conceitos administrativos, de acordo com as mudanças e os ajuste dos comportamentos prescritivos, formais, e estáticos, pautados na previsibilidade e no controle, para a gestão das relações, ou seja, privilegiando a interação entre pessoas e grupos na existência e manifestação de interesses antagônicos, mas também dos processos de cooperação e participação para enfrentamento do cargo de Coordenador de Saúde.

A opção para fazer um paralelo entre a caracterização histórica da Enfermagem que parece reproduzir-se no imaginário social, tem como propósito trazer o contexto dos velhos e novos saberes da profissão, no sentido de como estes foram mobilizados, articulados, alterados e mantidos na trajetória de vida profissional das enfermeiras investigadas, em especial, ao se enveredarem para a Saúde Pública.

Neste sentido, a busca da identificação e do entendimento do significado das competências para o exercício do cargo de Coordenadora de Saúde, vislumbrados pelos seus olhares e expressos por elas são relevantes.

6.3 Desenvolvendo competências para o enfrentamento do novo espaço profissional

O desenvolvimento das competências para as enfermeiras Coordenadoras de Saúde tenham sido delineadas, de um modo geral, desde o início

da análise, neste item, serão apresentadas as competências que emergiram das narrativas das enfermeiras entrevistadas.

As competências são um tema instigante e apresentam situações de referência teórica conflitantes, dependendo de sua interpretação. Além disso, estão ancoradas em pressupostos relacionados a aplicabilidade à formação educacional no âmbito escolar. O conhecimento teórico será o eixo norteador, porém serão privilegiadas as narrativas das enfermeiras que vivenciaram e, ainda, vivenciam, a Coordenadoria de Saúde.

Para PERRENOUD (2000), competência é a capacidade de articular, mobilizar e colocar em ação os valores, conhecimentos e habilidades necessários ao desempenho eficiente e eficaz de atividades próprias de cada tipo de trabalho.

Neste contexto, aplica-se a classificação de Perrenoud, para qual os saberes podem ser: saber-saber, saber-fazer, saber-ser e saber-relacionar, conforme discussão descrita no item relativo ao referencial teórico.

O desenvolvimento dos saberes, baseados em informações, a integração dos saberes ao cotidiano de seu processo de trabalho, a aplicação de valores humanos, de princípios e de ideais éticos e a reflexão e avaliação desse estudo são os saberes que foram apropriados, mobilizados, transformados e valorados pelas enfermeiras investigadas, em sua trajetória profissional, levando ao desenvolvimento de competências profissionais, demonstrando, portanto, um compromisso explícito à profissão e em um processo de revisão, visando a escapar das simplificações normativas.

Para uma melhor identificação das competências desenvolvidas na trajetória de vida profissional das enfermeiras entrevistadas, com base em suas percepções e representações, algumas categorias analíticas destacaram-se.

A primeira a ser analisada faz referência aos motivos da escolha profissional pela Enfermagem.

Enfermagem: uma opção profissional

Em um primeiro momento, é importante explicitar a opção pela Enfermagem, o desejo de ser enfermeira, manifestado já no momento da escolha da profissão ou durante sua formação, e a certeza da escolha correta realizada no exercício profissional que emergem nas seguintes falas:

Diamante: (...) *Fiz o colegial e continuei na área de saúde, que era o que eu queria. (...) Hoje, eu acho que a enfermeira tem que ter uma visão em todos os aspectos da profissão, porque eu acho que isso te gratifica. É interessante a minha trajetória de ter trabalhado direto com o paciente, me trouxe muita gratificação como pessoa, como profissional. Eu acho que foi muito interessante. Se eu tivesse que começar, eu começava pelo mesmo caminho de novo. Eu gostei. Eu me encontrei na profissão.*

Esmeralda: (...) *A primeira opção que eu fiz de profissão futura foi a de astronauta e a segunda enfermeira.*

(...) *Por isso que eu acho que eu tinha certeza mesmo que eu queria ser enfermeira, que dava uma possibilidade muito ampla – acho que as oportunidades que eu tive também de compartilhar.*

(...) *Porque eu gostaria demais que cada um que se formasse fosse tão feliz quanto eu tenho sido na minha profissão. Assim, fazendo tudo mesmo de coração... Sempre adorei a profissão que eu resolvi fazer.*

Rubi: (...) *conversando com uma pessoa, que eu conheci por um acaso, e que me disse que era enfermeira. E eu fui saber com ela o que fazia uma enfermeira. E ela falou assim... Ela contou o que fazia uma enfermeira e falou assim: “só que eu trabalho com a área de Saúde Pública. Eu trabalho com a unidade básica. (...) Eu tenho uma grande*

colega hoje, que eu digo para ela que a minha opção pela Saúde Pública se fechou na primeira aula dela, que foi a forma como ela disse que a gente conseguiria trabalhar, e ela trabalhava, a disciplina que ela dava, na época, discutia os recursos da comunidade. (...) Naquele momento eu fechei que era na Saúde Pública mesmo que eu ia ficar. Talvez eu seja uma apaixonada nata por essa área, e então tem essa questão.

Pérola: *(...) No ano que eu fiz vestibular, decidi fazer um curso que me possibilitasse estar mais em contato com as pessoas.*

(...) Eu entrei em 96 na Escola de Enfermagem da USP, sem muita certeza, mas acabei me apaixonando pela profissão, especialmente pela área de saúde coletiva (...)

Estas falas destacam a importância da enfermeira como profissional da saúde e a oportunidade de proximidade com as pessoas.

Destaca-se a congruência de algumas competências referidas pelos Subprefeitos em relação ao cargo de Coordenador de Saúde: “gostar da Enfermagem e gostar do que faz” e “estar próximo da população”.

O momento posterior à escolha da profissão refere-se à resposta à questão: onde estudar?

A opção pelo curso de Graduação de Enfermagem:

Esta categoria ilustra o cuidado na escolha do local de graduação de Enfermagem. Todas as entrevistadas optaram por realizar o curso em escolas conceituadas, valorizando, desta forma, sua opção profissional inicial, a graduação e o início de suas trajetórias profissionais. A seguir, as narrativas que ilustram esta preocupação com a graduação:

Diamante: (...) *Dai, eu parei de trabalhar um ano, fui fazer cursinho e entrei na Universidade de São Paulo, na Escola de Enfermagem da USP.*

Esmeralda: (...) *e também tive uma boa formação na orientação profissional para saber que faculdade que eu queria. E eu sempre acompanhava o desempenho das outras faculdades e era a PUC mesmo, do campus de Sorocaba, que eu desejava cursar e foi onde eu entrei (em 77) e me formei em 80.*

Quanto ao local e época em que estas enfermeiras graduaram-se: Diamante, entre 1976 e 1979, na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP); Esmeralda, entre 1977 e 1980, na Pontifícia Universidade Católica (PUC) de Sorocaba; Rubi, entre 1978 e 1982 (parou por um ano), na Escola Paulista de Medicina e Pérola, entre 1996 e 1999, na EEUSP. Percebe-se a escolha por escolas tradicionais que exemplificam um ensino superior de referência, sendo conceituadas, como as melhores: EEUSP, Escola Paulista de Medicina (atual UNIFESP) e PUC, significando o interesse e a importância da profissão para estas enfermeiras. Apenas uma das entrevistadas, optou por uma escola privada que, na época, desfrutava de prestígio no âmbito do ensino superior brasileiro.

A trajetória profissional iniciada na graduação, como o primeiro passo de uma longa caminhada na vida profissional.

Trajatória profissional: em busca do saber

Esta categoria refere-se às falas, nas quais as entrevistadas expressam uma diversidade de experiências profissionais, exercendo diferentes atividades em diversos postos, em decorrência das escolhas individuais, oportunidades e projetos em que estavam inseridas. A seguir, um breve relato da trajetória profissional dessas enfermeiras, privilegiando as atividades realizadas.

Diamante:

Sua trajetória profissional inicia-se aos 14 anos, em um escritório de uma empresa têxtil. Na graduação, trabalhou como professora do Curso de Técnico de Enfermagem (FITO) em Osasco. Terminou a graduação na EEUSP em 1979, com a Licenciatura em Enfermagem na Faculdade de Educação da USP. Como recém-formada, trabalhou na organização do Serviço de Enfermagem no PAM de Osasco. Em 1979, foi concursada pelo INAMPS (1º lugar) e trabalhou como enfermeira no Pronto-Atendimento (PA) do Jardim São Jorge, por dez anos, e na Unidade Semi-intensiva do Hospital Israelita Albert Einstein. Fez pós-graduação em Administração Hospitalar no Centro Universitário São Camilo e em Saúde Pública, na Faculdade de Saúde Pública, da USP (FSPUSP), em 1983. Exerceu a atividade de ensino no Projeto Larga Escala (PLE) e no Curso de Técnico de Enfermagem por cinco anos, até 2001, sendo também coordenadora do curso. Assessorou a Diretoria do Distrito da Lapa, em 1992, e dirigiu o Serviço de Enfermagem do Pronto-Atendimento Médico (PAM) na região do ERSA 11, em Osasco. Coordenou o Núcleo de Gestão Assistencial (NGA) do ERSA 11; o Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação (NEPI) e o Distrito de Saúde de Pinheiros, em 2001. É Mestre em Gerontologia pela PUC-SP, em 2001, e Especialista em Geriatria, em 2003.

A trajetória de Diamante ilustra o perfil das alunas formandas em Enfermagem naquela época, considerada como uma forma de ascensão social e, também, do esforço e dedicação para se graduar em Enfermagem. Ingressou na faculdade aos 24 anos, já casada, conciliou a maternidade, o casamento, a família, o emprego e a graduação sem demonstrar prejuízo em sua formação profissional, tanto que passou em primeiro lugar no concurso público e, posteriormente, realizou atividades na assistência, na administração, no ensino e na pesquisa.

Esmeralda:

Trabalha desde os 11 anos. É especialista em Pediatria Social e Puericultura, pela Escola Paulista de Medicina; em Administração Hospitalar pelo Centro Universitário São Camilo e em Administração de Sistemas de Saúde pela Fundação Getúlio Vargas. Entre os demais cursos de educação em serviço, destacou o Curso de Chefia para UBS, organizado pela Fundação de Desenvolvimento Administrativo Público (FUNDAP) e de Territorialidade-Sistemas Locais de Saúde (SILOS), no Distrito de Saúde Pau de Lima-Bahia.

Recém-formada, trabalhou como enfermeira na Unidade de Pediatria no Hospital Santo André; depois na Unidade de Terapia Intensiva, Centro Cirúrgico, Recuperação pós-anestésica, na emergência e ala de internação do Hospital Heliópolis, sendo responsável por estas unidades, no período noturno. Além disso, foi chefe de Serviço de Enfermagem do Hospital Geral de São Paulo, Hospital do Exército e da Intermédica São Camilo. Trabalhou como enfermeira na Empresa de Limpeza Centro, por dois anos; no Hospital Cruz Azul, por cinco anos e Clínica Infantil do Ipiranga, por um ano.

Organizou o Hospital Geral de São Paulo e Hospital de Santo André; coordenou o Distrito de Sapopemba, em 1989, e o Distrito do Ipiranga, em 2001. Mantinha, simultaneamente, a essas atividades, o trabalho como enfermeira na saúde coletiva, atuando no DSC-5, na UBS Parque São Lucas e no SAE DST/AIDS do Ipiranga.

Esmeralda ilustra o trabalho na Enfermagem caracterizado por profissionais com vários vínculos empregatícios, sempre trabalhou no período noturno em atividade de assistência hospitalar e, durante o dia, na saúde coletiva em organizações de direito privado e público. Como se autodenominou: *“Eu era aquela... Não tinha uma denominação certa. Então, eu estava assim: União, Estado, Município. É a plena Constituição de 88, eu era o SUS em pessoa”*.

Rubi:

Graduada pela Escola Paulista de Medicina, em 1982, com Habilitação de Enfermagem em Saúde Pública. Recém-formada, foi aprovada no concurso para a Prefeitura de São Roque e trabalhou na organização e supervisão do Serviço de Enfermagem e como assistente técnica de direção da Diretoria de Saúde. É especialista em Saúde Coletiva pela Universidade de Campinas (UNICAMP). Posteriormente, por um período de sete meses, dirigiu o serviço de saúde de São Roque. Em 1987, retornou para São Paulo e atuou como enfermeira docente-assistencial do Centro de Saúde da Escola – UNIFESP e no Departamento de Enfermagem na disciplina de Saúde Pública. Fez o Curso de Licenciatura pela PUC-SP e Mestrado, pela UNIFESP, na área de concentração de Avaliação de Serviços. Na universidade, atuou na integração e ampliação do sistema docente-assistencial na região do Embu. Em 2001, assumiu a Direção do Distrito de Saúde do Sacomã com a perspectiva de desenvolver o projeto distrital de saúde-escola, ali permaneceu até 2003. Atualmente, é Coordenadora de Saúde, docente do Departamento da Medicina Preventiva da UNIFESP e é doutoranda da UNICAMP, na área de Medicina Preventiva e Social em Planejamento e Gestão de Serviços de Saúde.

Rubi expressa o envolvimento com a saúde coletiva e com a aproximação da teoria com a prática, pelo seu engajamento na atividade docente-assistencial, valorizando a docência no desenvolvimento da formação profissional. Demonstra poder por representar a UNIFESP na região.

Pérola:

Em 2000, fez Residência Multidisciplinar em Saúde da Família, no Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Trabalhou organizando e fazendo auditoria na Secretaria de Saúde de Alagoinhas. Como auditora organizou o serviço, a média complexidade e central de marcação e sistema de regulação da cidade. Na época, fez, também, um Curso de Auditoria, financiado

pela Secretaria de Saúde do Estado da Bahia e de Gestão em Auditoria e Regulação. Exerceu atividade de ensino em auditoria e regulação na UFBA.

Ao retornar para o Estado de São Paulo, em 2002, trabalhou na função assistencial no Pronto-Atendimento em Ribeirão Preto, no qual realizou um curso condensado de ATLS (Suporte Avançado de Vida Para Trauma) e ACLS (Suporte Clínico Avançado de Vida), realizado pela Secretaria do Estado. Trabalhou na cidade de São Paulo no DST/AIDS, na Secretaria - área temática e na SAE do Butantã, passando a fazer parte da equipe de treinamento em DST/AIDS no Município de São Paulo.

Pérola, por sua jovialidade, não teve tempo de adquirir muita experiência profissional, mas demonstra familiaridade e afinidade com a Saúde Coletiva e com o serviço de direito público.

∴

As entrevistadas destacaram as funções de supervisão, gerência, diretoria do Serviço de Enfermagem e coordenação de equipe de enfermagem e equipe multiprofissional, demonstrando que é próprio da enfermeira a organização dos serviços de saúde e sua facilidade de integrar a área administrativa, revelando que participaram desde o planejamento do preparo do terreno, da alocação de recursos até a execução num engajamento do profissional com todo o processo de trabalho.

Observa-se uma diversificação dos vários campos de exercício profissional, que podem ser considerados como espaços de ensino-aprendizagem das entrevistadas, narrados na perspectiva de uma atuação que privilegiou o trabalho administrativo, direcionado à organização, supervisão, chefia que privilegiou, particularmente, as enfermeiras que vivenciaram as mudanças das Políticas de Saúde do Município de São Paulo, desde 2001.

O aprimoramento pela experiência profissional e atualizações, em especial, referentes à territorialidade, epidemiologia, planejamento ilustram a busca do saber para o desenvolvimento das competências ao profissional de Saúde Pública.

Desta forma, pela análise das trajetórias profissionais e de formação, observou-se que as entrevistadas têm um perfil de determinação, de luta, de enfrentamento dos desafios, inclusive, com participação em manifestações e militância política, contrariando aquela conotação de fragilidade feminina, visto que, historicamente, as tarefas femininas tinham menor prestígio social e estavam dissociadas da participação política.

Elas romperam com os espaços institucionais, com o saber técnico da Enfermagem e com o mero fazer, como em um imaginário social da trabalhadora de enfermagem como uma profissional tarefaira e subserviente para construir outras competências, desenvolveram suas potencialidades e buscaram estratégias que permitem que se correlacionem com várias instâncias de poder em um processo decisório colegiado e compartilhado com os usuários.

Nas trajetórias profissionais das enfermeiras investigadas, observa-se a multiplicidade de atividades e experiências, em especial as administrativas, importantes para a gestão local de saúde.

Enfermeira: a profissional faz tudo

Esta categoria expressa a polivalência da prática da Enfermagem, vivenciada por estas enfermeiras desde a graduação até o atual cargo.

Nas narrativas, percebe-se o uso de uma expressão comum a todas as entrevistadas: “*faziamos de tudo*”, demonstrando a flexibilidade, a ação pragmática da enfermeira de participar de todo o processo de trabalho, o que pode ser um facilitador ao cargo de Coordenador de Saúde. Entretanto, também, pode significar uma tendência a ser uma profissional tarefaira, sem uma especificidade do trabalho, até exercendo atividades que não são próprias de sua profissão:

Diamante: (...) *E eu era sozinha no PA. Então, eu fazia tudo. Fazia a parte de gerenciamento de enfermagem e assistência.*

Esmeralda: (...) *Na época não tinha enfermeira em todas as unidades e a gente fazia meio de tudo. Então, eu trabalhei em Rio Claro, trabalhei no Colorado, trabalhei no Jardim Iva, trabalhei no Manchester, aqui na região da zona leste.*

Rubi: (...) *Então, a gente ajudou a implantar todas as unidades, escolher o local, escolher casa para alugar, depois ajudar a elaborar a planta, contratar pessoas, e a gente trabalhou naquela época com o agente comunitário de saúde (...) e fazíamos consulta de enfermagem e fazíamos a parte de supervisão de trabalho dos agentes. Então, a gente fazia essa parte da assistência, fazia a parte de supervisão, que era uma coisa de gerência, e ajudava no planejamento e no controle da gestão do serviço como um todo.(...) Então, era isso que a gente fazia lá. Então, fazia de tudo: organizava, atendia... Então, a gente começou a organizar a população, fazer conselho, fazia atendimento de enfermagem. Nas unidades básicas, a gente fazia consultas, (...) Então, fazia pré-natal, fazia acompanhamento de hipertensos, de diabéticos, visitas domiciliares, toda parte de vigilância a gente fazia (...) Eu fui para a Enfermagem e eu sempre trabalhei no serviço, eu nunca consegui ser docente sem envolvimento com o serviço.*

Pérola: (...) *Eu era auditora, mas em cidade pequena você acaba fazendo tudo. Então, eu era auditora, montei a média complexidade, montei a central de marcação de consultas e o sistema de regulação da cidade. Então... Fiquei um ano, 2001, em Alagoinhas. – 2001.*

Ao analisar o conceito de competências na gestão de recursos humanos nas empresas brasileiras, DUTRA (2001) confirma a flexibilidade de atividades e conclui que, atualmente, há uma tendência de procurar de trabalhadores multifuncionais e polivalentes porque agregam mais valor à empresa.

Embora o modelo de competência para o ensino superior esteja legalmente oficializado pela Lei das Diretrizes e Bases da Educação, observa-se um debate a respeito da pertinência de sua incorporação nas propostas de formação profissional, visto que o modelo de competências profissionais valoriza a flexibilidade, a transferibilidade, a polivalência e a empregabilidade na relação de trabalho.

Parece que esta competência para fazer várias atividades, presente na trajetória de vida profissional das enfermeiras entrevistadas, tem uma continuidade nas atividades de Coordenador de Saúde e proporciona um diferencial para a enfermeira exercer este cargo. Em relação à Coordenadoria de Saúde, Rubi expressa: *“a gente faz de tudo um pouco”*.

As falas de Diamante e Esmeralda valorizam a atividade hospitalar e a de saúde coletiva por facilitarem o desenvolvimento da capacidade organizativa, disciplina e pela agilidade de raciocínio, entendidas como uma necessidade de respostas cada vez mais ágeis para garantir a resolutividade das ações, considerando não somente as de médio e longo prazos, mas aquelas que precisam de uma intervenção imediata, portanto, um agir pragmático, significativo para a gestão local, como podem ser observados nas seguintes falas:

Diamante: (...) *Trabalhava como enfermeira, dando assistência mesmo no pronto-atendimento. Era um Pronto-Atendimento, mas a gente atendia tudo de Pronto-Socorro, porque naquela época todos os acidentes que aconteciam naquele pedaço, eles paravam primeiro lá. Não era um Pronto-Socorro, ele não estava estruturado para um pronto-socorro, mas era um Pronto-Socorro. Lá, eu fiquei dez anos.*

(...) *É que enfermeira nunca deixa... Se você é sozinha na unidade, você*

nunca deixa o gerenciamento, também, porque você tem que supervisionar uma equipe de auxiliares que trabalham com você. Então, a supervisão técnica você nunca deixa. Você sempre tem que fazer essa supervisão.

(...) mas, eu ainda continuava de manhã no (Hospital do Exército) exército – porque sempre gostei da área hospitalar – à tarde na Prefeitura, na Unidade Básica de Saúde, aonde eu instalava soro, repetia muito o que eu fazia lá pro exército no Hospital, e à noite lá em Santo André, das 10 da noite às 6 da manhã. De manhã, eu era coordenadora de enfermagem... Sempre fazendo a equipe ombro a ombro.

(...) Então, eu, pessoalmente, acho que essa coisa de hospital, UTI, Centro Cirúrgico, Pronto-Socorro me deram uma certa agilidade de pensar e que quando está muito confuso para alguma coisa, está servindo. Então, para você não se perder entre muitas demandas, você dá uma parada, olha, dá uma analisada, pensa rápida, não postergar decisões, você só acumula problemas, você, como se diz, ter uma agilidade mesmo de resolver, de clareza...

(...) fiz 38 mudanças dentro do hospital, mas mudanças assim: “chegando a empreiteira, e muda a UTI Pediátrica pra cá, leva pra lá; tira o Centro Cirúrgico de cá, passa pra lá, leva o...

(...) Então, você toma decisão diuturnamente. Agora, você também toma decisão o tempo todo quando você desempenha o papel de enfermeira – por exemplo, num quarto, numa enfermaria – quando você faz uma anamnese, então: “chama o médico, não chama; olha essa sudorese; olha a cor, o odor dessa diurese; olha o turgor dessa pele”. Isso aqui é muito mais papel, lá é muito mais pele, osso, cheiros... Mas você também toma decisão.

Os relatos de Esmeralda e Diamante expressam o desenvolvimento de competências valorizadas para o cargo de Coordenador de Saúde, relacionados à organização e rapidez na tomada de decisão. Tal lógica de organização e agilidade remonta, segundo as entrevistadas, ao cerceamento e controle da ação das enfermeiras no ambiente hospitalar.

Para FOUCAULT (1993), o poder, dentro do espaço disciplinado dos hospitais, pela sua reorganização histórica como local de cura, caracterizada pela distribuição espacial dos doentes e pelo vigiar constante. Sendo assim, este vigiar tem o significado de controlar o processo de trabalho, o ambiente e os trabalhadores, organizando o espaço onde este se realiza.

Muitos desses princípios são, ainda hoje, amplamente utilizados nas organizações de saúde. A enfermagem assume as funções de organização, visando à manutenção da ordem e da disciplina, indispensáveis ao exercício do poder. Assim, teorias administrativas como as desenvolvidas por Taylor e Fayol foram largamente utilizadas para a construção e organização do trabalho, sobretudo com relação à normatização e especialização do trabalho em saúde, levado a termo por meio da divisão de tarefas e da dicotomia entre pensar e fazer. Estes aspectos da racionalização do trabalho foram narrados por Diamante e Esmeralda, enfermeiras com trajetória de vida profissional hospitalar.

TAYLOR (1970) concebe que a administração científica não representa uma inovação de conhecimentos e, sim, uma reorganização e normatização de conhecimentos coletados, analisados, agrupados e classificados, considerando as características dos trabalhadores e a melhor forma de direcioná-los, fazendo uso de meios racionais, sistemáticos e quantitativos.

Esta racionalização dos métodos e sistemas de trabalho visa à produtividade, com uma organização piramidal e hierárquica, caracterizada pela divisão do trabalho entre as diversas categorias, separação da concepção e da execução do trabalho e controle das diversas etapas do processo de trabalho. O controle foi enfatizado para obter o rendimento máximo do trabalhador. Para isso, são

feitas análises de tempo e movimento, a padronização de instrumentos e a ênfase nas tarefas.

No início do século XX, FAYOL (1975) defendeu que cada pessoa deve ocupar seu lugar e permanecer nele, e que o modo de trabalho deve ser orientado para a produção em série, utilizando uma cadeia de montagem de produtos. O autor estabeleceu 14 princípios, entre os quais podem ser destacados: a autoridade e a responsabilidade, ordem, disciplina, hierarquia, unidade de comando, centralização e divisão do trabalho. Assim, o administrador não se ocuparia com as tarefas rotineiras, mas as suas funções estariam relacionadas aos cinco elementos da administração: planejamento, organização, comando, coordenação e controle. O controle rígido sobre o trabalhador e o processo de trabalho favorece a obtenção do máximo rendimento e, conseqüentemente, o máximo lucro.

Estes aspectos fundamentais da racionalização do trabalho, embora tenham sido inicialmente aplicados à necessidade de transformar o hospital em um local de cura, também foi observado na enfermagem em saúde coletiva. A enfermeira detém a função de organizar racionalmente as atividades exercendo, dessa forma, o controle sobre as tarefas pelo estabelecimento de métodos uniformes e rotinas de trabalho, protocolos de condutas e manuais de procedimentos de enfermagem, além do estudo de tempos e movimentos na realização de técnicas e tarefas.

Embora o modelo de trabalho coletivo possibilite diversas atividades que podem ser coordenadas por diferentes profissionais, mantém-se a preocupação com a organização do espaço e o controle do processo de trabalho.

De qualquer forma, seja uma trajetória profissional diversificada ou direcionada a uma área específica, observa-se que as enfermeiras entrevistadas buscam um saber que valorize as vivências, que promova um re-significar de saberes existentes e a construção de novos conhecimentos, portanto, a prática ajuda a consolidar o aprendizado. Ao ultrapassarem a dimensão biológica, buscam ativamente informações para resolução dos problemas, das questões colocadas na prática e respeitam os saberes que orientam as ações dos demais profissionais e usuários. Há, ainda, a preocupação com a articulação entre teoria e prática, para lidarem com a

complexidade do tema, situações de incerteza e aprendizagem com a própria realidade.

Neste sentido, os saberes desenvolvidos pelas enfermeiras Coordenadoras de Saúde foram os que agregaram valores aos serviços que executavam, por meio das especializações coerentes com as áreas de atuação e aproximação do ensino com a prática:

Diamante: (...) *Eu entrei em 2001 para a Coordenadoria. E eu havia feito prova de seleção na PUC para fazer o Mestrado. Já estava matriculada, quando eu fui convidada para vir para a Coordenadoria. "E agora? O que eu faço? Vou abandonar o meu Mestrado? Não, não vou abandonar o meu Mestrado. Isso aqui é uma coisa transitória na minha vida. Então, eu não vou abandonar o meu Mestrado". Eu demorei três anos para acabar e a minha previsão era de que eu acabasse no máximo em dois, mas eu não consegui, e acabei terminando no ano passado. Então, eu fiz o meu Mestrado junto com a coordenação. Fiz na PUC de São Paulo, na área de Gerontologia. E parece que as coisas acontecem na sua vida sem você planejar, parece que elas casam... Então, olha, fazendo Gerontologia e trabalhando numa área onde 20% da população é idosa. Então, foi muito rico. E eu fiz a minha pesquisa aqui também. Na nossa região, aqui. E a minha dissertação era "Serviço e Políticas Públicas no Distrito Administrativo de Pinheiros". Então, foi muito rico, apesar de que eu perdi muito, porque eu poderia ter feito muito mais.*

Cada vez mais as áreas do saber diferenciam e ampliam-se. O fazer profissional demanda conhecimentos diversos que, sob distintas perspectivas, coexistem na busca de integrar o homem em suas várias dimensões: biológica, social, política, filosófica e religiosa, nas quais a razão, a emoção, a quantidade, a qualidade, a sociedade, o científico, o ético e o econômico convivem, como saberes que se diferenciam e complementam-se na tentativa de vislumbrar caminhos que possibilitem a compreensão do homem e suas diversidades.

Desta forma, a trajetória das enfermeiras pesquisadas na busca do saber considerando as distintas perspectivas e dimensões do ser humano, ultrapassam a dimensão biológica e promovem um diálogo com a Saúde Pública em defesa do SUS.

A crença no SUS e a identificação com o serviço público

Nesta categoria, estão incluídas as falas que expressam o empenho descrito na trajetória profissional das entrevistadas pelo compromisso com o SUS. Todas as suas atividades buscaram aplicar os princípios do SUS, norteando sua prática profissional na Saúde Pública.

A defesa do SUS e do serviço público é ilustrada nas falas, a seguir:

Diamante: (...) *Olha, o Eduardo [Jorge] fez uma publicação no Diário Oficial, quando ele estava, e sabe quanto é investido neste país por habitante, por dia, em saúde? 70 centavos. E os outros países investem dez vezes mais que isso. Então, eu acho que a gente ainda faz milagre. Daí, as pessoas acabam pichando o SUS, mas o SUS é o Sistema de Saúde que atende maior número de humanizar, é resgatar o respeito à vida humana, caracterizando a população no mundo, porque quantos da nossa população não dependem do SUS na população brasileira? Quantos? 10%? Talvez não passe disso. Com os níveis de salário que a gente tem. Então, 10% não dependem do SUS, no Brasil inteiro? A média, em São Paulo, é por volta de 40% que têm convênio, então, 60% seriam SUS-dependentes. Em algumas áreas mais 90, 100%, como em Brasilândia, essas periferias da zona norte, zona leste, zona sul, mas, o Sistema Único de Saúde é o que segura este país na área de saúde.*

(...) *Eu acho que tem que acabar com essa história de que o serviço público é bico, e eu, como sempre trabalhei na área privada e na área pública, eu sempre trouxe a cultura do privado para dentro do público*

em termos de planejamento, de cobrança, de dedicação, de compromisso... Então, eu sempre falo que eu vim para cá, porque eu acredito que dá para profissionalizar. Dá para você ser profissional? Sim. Não é bico! Você tem que ter vínculo, você tem que vestir a camisa, você tem que acreditar naquilo que você está fazendo, tem que ter proposta de trabalho para a população. E eu acho que a Prefeitura está investindo nisso. Muito. A gente tem uma assessoria... Com a implantação das Subprefeituras, a gente tem uma assessoria de uma empresa, a FINATEC, que é um pessoal da Universidade Federal de Brasília, e eles estão dando assessoria em todas as Subprefeituras. Até para mudança de padrões administrativos, de protocolos etc., sistematizando um monte de coisas, informatizando.

(...) Trabalhar no serviço público foi uma opção. Eu sempre falo: “Olha, eu estou no serviço público não foi por falta de opção. Não. Foi por opção mesmo”. Eu trabalhei um ano e meio num hospital de ponta (Einstein), naquela época, quando eu fui sair, minha chefe não queria que eu saísse... Sai também com dor no coração, porque eu gostava de lá.

(...) Eu como profissional de saúde, como defensora do SUS, a gente vivia numa situação de uma frustração muito grande. A maioria do Brasil, todos os municípios tinham se municipalizado estavam inseridos no SUS e a cidade de São Paulo, que sempre foi vanguarda deste país, ficou para trás. Nós ficamos dez anos atrasados. A gente só assumiu o Sistema Único de Saúde a partir de 2001, quando a Marta entrou. Daí a gente teve uma tarefa muito grande que foi assumir as unidades de saúde que tinham ficado subordinadas ao PAS, sem manutenção durante muito tempo, extremamente precárias...

Esmeralda: *(...) Eu não quis aderir ao PAS, apesar das muitas*

propostas. Eu acredito que a melhor coisa na vida profissional é você assumir algo em que você acredita. Eu já tive vários convites de iniciativa privada e de administração pública, mesmo, e eu nunca aceitei. Acho que a primeira coisa é que eu tenho que acreditar, porque senão eu vou fazer ponto cruz para fora, como já fiz.

(...) Tive uma experiência em hospital privado, em 88, trabalhei três meses, na Intermédica São Camilo como chefe de enfermagem, pedi demissão, não gosto de trabalhar com instituição privada.

Rubi: *(...) Eu nunca tive interesse em trabalhar na iniciativa privada. Fui convidada para dar aula, dei aulas esporádicas, participei de seminários, mas, uma vinculação, não. Tive convites “vem dar uma aula sobre isso...”, mas não... Aqui ainda não dei. (...) Eu sempre trabalhei em Saúde Pública, inclusive, por opção mesmo.*

Pérola: *(...) Fui criada na periferia... Em COHAB... Sempre estudei em colégio público, do pré até a pós-graduação, eu fiz em escola pública. Fiz a Faculdade de Enfermagem na Escola de Enfermagem da USP... Cursinho também, eu fiz Cursinho da Poli que é público... Tudo de graça.*

(...) Eu tenho uma prática essencialmente pública, em Saúde Pública. Espero não ter que ir para a iniciativa privada. Às vezes, tem que ir, mas eu gosto muito de trabalhar no serviço público.

As idéias acima revelam a opção de trabalhar na Saúde Pública, no entanto as enfermeiras entrevistadas referem-se a necessidade de dedicação e

envolvimento com as atividades do trabalho no setor público

Diamante menciona a significância da cobertura de serviços do SUS em relação aos serviços conveniados e as necessidades da população, além disso compara o comprometimento dos profissionais com o serviço público e investimento em desenvolvimento profissional, comparando com a experiência da seriedade do trabalhador do setor privado profissional, que detém a lógica do lucro.

Desta forma, parece que a crença no SUS faz com que desenvolvam competências relacionadas ao “saber-ser”, referentes aos princípios éticos, determinação, iniciativa, perseverança e compromisso com o bem-público.

A identidade com o serviço público foi mencionada por Pérola ao exaltar sua origem simples, com formação escolar em instituições de ensino público e graduação na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, valorizando sua trajetória nas organizações públicas e reforçando sua identidade com a gestão pública. Narrou também a desvalorização preconceituosa pelos graduandos de Enfermagem dos profissionais da Saúde Pública:

Pérola: (...) Na faculdade, os alunos falavam: “ essas enfermeiras, essas meninas, que estudam nas faculdades fracas vão virar enfermeirinha de posto” . Porque enfermeira que se forma na USP vai trabalhar no Einstein, no Sírio Libanês; o que é uma verdade, porque o Einstein e o Sírio... Contratam enfermeiras formadas na USP e na UNIFESP, o que não quer dizer que quem vai trabalhar em posto é enfermeirinha. Porque é um trabalho louco. E você tem que ter um conhecimento geral muito maior. É um pensamento elitista.

Esta narrativa expressa a situação de sucateamento da rede pública de saúde, opondo-se à valorização e predomínio da prestação de serviços pela rede privada. Segundo GEOVANINI (2002), nos anos de 1990, houve um aumento da rede privada para mais de 80% do total dos serviços de saúde, sobretudo, pela prática da Medicina de grupo, opondo-se aos preceitos constitucionais, pelo qual o setor de direito privado deveria ser complementar ao de direito público.

Na trajetória de vida profissional, as enfermeiras entrevistadas valorizaram o serviço público. Será que a graduação de enfermagem privilegia os serviços privados e a complexidade tecnológica?

Desta forma, a Enfermagem em sua expressão majoritária procura especializar-se e trabalhar na rede hospitalar privada, no sentido de atender as demandas do mercado de trabalho e valorização social, ao passo que um grupo reduzido busca a Saúde Pública.

Embora seja considerada o espaço de trabalho de uma minoria de profissionais de enfermagem, a Saúde Pública tem um significado na riqueza de possibilidades de atuação, como este trabalho aponta, com base na vivência das enfermeiras Coordenadoras de Saúde.

Das narrativas, emerge o imaginário social que correlaciona os serviços públicos aos de baixa complexidade e qualidade, e os serviços privados aos de alta complexidade, qualidade e com incorporação tecnológica, necessitando, portanto, dos melhores profissionais do mercado ou dos graduados nas escolas, consideradas de referência de ensino.

A fala, a seguir, contradiz esta visão de senso comum, correlacionando a simplicidade tecnológica aos serviços públicos:

Pérola: (...) as grandes cirurgias não são feitas nos hospitais particulares. Os grandes tratamentos, até fazem, mas pagos pelos SUS, porque os convênios não cobrem. Transplantes, hemodiálise. Quem é o maior financiador de transplantes no Brasil? É o SUS, não é o serviço privado.

Observa-se a tendência de que as práticas especializadas são mais valorizadas social e profissionalmente e as de atenção primária são referidas como simplistas e de pouca visibilidade social. Neste sentido, as estudantes de enfermagem já trazem esta representação social de desvalorização do profissional que trabalha em saúde coletiva, além disso, acreditam que o crescimento profissional dificilmente

ocorre, quando há inovações tecnológicas que só os grandes hospitais privados parecem permitir.

Ao pontuarem a opção pelo serviço público e a crença no SUS, as entrevistadas manifestam, em especial, a identificação com a Saúde Pública, como uma área de conhecimento que se amplia em relação à área de conhecimento da enfermagem. A enfermeira coordenadora de saúde precisa estar comprometida com os valores do SUS e ter uma participação ativa como sujeito histórico. Assim, realmente estão construindo e fazendo um novo capítulo da história da Saúde Pública em São Paulo.

A concepção da responsabilidade do Coordenador de Saúde pelo território emergiu nas falas das enfermeiras, mas será que, realmente, esta responsabilidade está associada ao poder? Ainda que possa não estar relacionada diretamente ao exercício do poder, restrito a autoridade hierárquica do cargo, as mudanças e o impacto na melhoria de saúde ganham visibilidade e podem dar relevância ao Coordenador de Saúde, mas no momento, ainda, é de pouco prestígio social.

A identificação com o serviço público, no sentido de estabelecer um compromisso com o bem-público leva a luta pela valorização dos direitos sociais. Os desafios da gestão pública de saúde referem-se a visualizar os desiguais, os vulneráveis e entender as causas do adoecer.

Desta forma, valorizar o significado peculiar do compromisso com outra perspectiva de trabalho, a Saúde Pública, implica em mudar uma realidade e criar um impacto na saúde da população.

O adoecer como um processo e a realidade sócioepidemiológica local

Esta categoria expressa o significado de compreender as

intervenções em saúde, como processo de produção de serviços que se concretiza em uma realidade social, definida no espaço geográfico das Subprefeituras, pode-se considerar a dinâmica social, ou seja, o trabalhar com os aspectos do processo saúde-doença na adoção de estratégias de intervenção.

Para as enfermeiras Coordenadoras de Saúde, a competência inclui, também, o conhecer a região em seus aspectos sociais, econômicos e geográficos em concordância com um dos critérios pontuados pelos Subprefeitos e pelo Secretário da SMS, favorecendo o alcance de um dos objetivos da implantação da Subprefeitura, de proximidade com a população do território.

Neste sentido, é valorizado o conhecimento da região, no que tange à questão de territorialidade na seleção das informações para favorecer a tomada de decisão. O conhecer o território, a população, os recursos, as lideranças, as necessidades, os serviços públicos oferecidos permite os ajustes das Políticas de Saúde às necessidades prioritárias da região, no sentido de dar viabilidade às ações públicas. Assim, algumas narrativas podem ilustrar este aspecto:

Diamante: *(...) Aí, eu fui conhecendo a região. A gente conhecia a área que corresponde, hoje, a nossa Subprefeitura, porque epidemiologicamente a gente já trabalhava na área, mas conhecer mesmo a nossa população, eu conheci quando eu comecei no distrito, porque a gente fez territorialização, que é um processo de reconhecimento do território, com as equipes de saúde de cada unidade, muito interessante... Daí você conhece as características da demanda, o que é muito diferente das características da área, da região, porque a demanda vem em decorrência daquilo que você oferece. Isso não significa que ela não tenha outras demandas, mas se você não oferece, ela não aparece.*

Diamante reitera que são necessários múltiplos saberes para o desenvolvimento da competência técnica no exercício do cargo de Coordenador de Saúde, em uma articulação teórico-prática, relacionando a administração de serviços

de saúde e o conhecimento da realidade sócioepidemiológica e ambiental para a caracterização do perfil epidemiológico dos agravos de saúde, seus determinantes e condicionantes, importantes ao planejamento estratégico em saúde.

Rubi: (...) *já tinha um trabalho de envolvimento com a população desta região e a gente já trazia alunos para fazer processos de integração com a população, já conheciam o serviço, a gente vinha fazer processo de identificação do que era saúde, do território... a gente vinha fazer aqui.*

Apenas Pérola referiu que não conhecia a região que coordena e uma de suas estratégias foi mudar sua residência para o local onde trabalha.

As entrevistadas entendem saúde como um processo com base em um raciocínio epidemiológico, de seus determinantes e condicionantes, da organização dos serviços, do modelo de atenção e das práticas sanitárias. No que se refere à estrutura, a definição de prioridades, alocação de recursos, subsidiando a tomada de decisão e o planejamento das ações e serviços, a hierarquização das redes de serviço e a acessibilidade, entre outras variáveis consideradas importantes. Portanto, utilizam a epidemiologia na gestão dos serviços locais de saúde e no planejamento estratégico, em concordância com os critérios de competência de indicação para o cargo de Coordenador de Saúde, mencionados pelo Secretário Municipal da Saúde.

A relevância dos saberes da Saúde Pública, do método epidemiológico e planejamento estratégico foram expressos por Diamante, a seguir:

Diamante: (...) *Para exercer bem esta função de Coordenadora, eu acho que você tem que conhecer bem as Políticas de Saúde, o histórico mesmo das Políticas de Saúde no país, como elas caminham, como elas avançam, como elas retroagem... Eu acho que você tem que conhecer política de saúde, você tem que conhecer Saúde Pública, você tem que saber o que é um perfil epidemiológico, fazer um diagnóstico, conhecer planejamento, de gerência, de administração. Acho muito importante*

esta parte na formação. Não precisa ter uma formação específica, não. Acho que tem que ser dentro da área da saúde, porque o profissional da saúde ele é mais afeito, mesmo que ele não tenha grande formação, pelo menos, ele conhece o que é um perfil epidemiológico, sabe fazer um diagnóstico de saúde... Então, eu acho que isso é fundamental.

Os métodos epidemiológicos e o planejamento estratégico podem ser aplicados, de acordo com a necessidade, a uma variedade de ciências, não se limitando a uma especificidade da medicina, favorecendo que outros profissionais possam desenvolver o raciocínio epidemiológico. Desta forma, a epidemiologia não legitima exclusivamente a autoridade do saber médico para o exercício do cargo de Coordenador de Saúde, mas, ao contrário, respalda todos os profissionais da Saúde Pública.

Na administração dos serviços de saúde, a epidemiologia contribui no fornecimento de ferramentas que geram informações vitais para a tomada de decisão, sobretudo, no planejamento estratégico, no controle e avaliação do impacto das ações adotadas. É relevante, também, o impacto que tais informações possam causar e o contexto político local para a tomada de decisão.

Desta forma, espera-se uma ação orientada para a realidade concreta e seus reais problemas, apropriando-se das informações e transformando-as em um dado conhecimento, gerado por um processo reflexivo, tendo em vista a saúde como um direito de cidadão.

Na fala de Rubi, a região onde trabalha tem as seguintes características:

Rubi: *(...) Esta região tem diferentes características populacionais, divididas em duas regiões. A gente tem uma população aqui, na verdade, concentrada. Numa região, tem uma população adulto-jovem e na outra região adulto-idosa. É uma região que está envelhecendo mais. Não dá nunca para juntar, porque a primeira região tem uma característica que*

está evoluindo, mas é uma população um pouco mais pobre, mais carente e a outra região é uma população que tem uma situação econômica um pouco melhor, mas está empobrecendo. Está envelhecendo e empobrecendo. As pessoas estão perdendo, estão ficando idosas, estão aposentando e, então, a gente tem essa característica. As principais causas de nossa mortalidade são as doenças crônico-degenerativas, de forma geral. Pneumonia tem muito, os problemas da infância são os de sempre. O nível de violência é muito alto na região, concentrado, é lógico, na região mais pobre. Então, há muitos ferimentos por faca e arma de fogo. Então, quando a gente começou a trabalhar aqui, somente com a primeira região, a primeira causa de óbito era o infarto. Quando você vai juntando as duas regiões, hoje a violência é a terceira causa, de modo geral, na Coordenadoria. São os principais problemas que a gente tem.

(...) Tem muito lixo. A propósito, não tem muitas doenças relacionadas ao lixo. Não tem muita dengue agora, leptospirose. A gente tem algumas áreas de risco, risco de enchente. A gente não tem risco de desabamento, a gente tem muito risco social. As pessoas não visualizam muito. A divisa da nossa Coordenadoria tem uma população muito carente, que vive em palafita, uma coisa muito complicada. (...) Então, a gente tem um misto de várias coisas. E muito desemprego. Tem muito desemprego na região. (...) É mais disso que as pessoas estão adoecendo e morrendo.

As contradições das duas regiões, que constituem uma mesma Subprefeitura, sendo, por um lado, uma área com a população predominantemente jovem em crescimento, pobre, desempregada e com baixa esperança de vida em decorrência da violência. Por outro lado, uma com alta expectativa de vida, na qual os idosos estão aposentados e empobrecidos. Portanto, diferentes características de população, mas ambas dependentes do SUS. Demonstram características de uma população urbanizada, cuja atividade econômico-industrial é expressiva, representando 32,5% das atividades totais, o setor de serviços corresponde a 49,4%,

o comércio 12,8% e a construção civil 2,5%. O desemprego, referido por Rubi, na sua maioria está relacionado à saída das indústrias da região (SEADE 2002).

O empobrecimento da população reflete um percentual de população em favelas (14,35%), acima da mediana do Município, que corresponde a 11,12% (IBGE 2000).

Na descrição das realidades sócioeconômicas, ambientais e epidemiológicas das diferentes regiões de uma mesma Subprefeitura pode-se observar a diversidade e complexidade com que a realidade de Saúde Pública se reveste em uma metrópole do tipo paulistana, e os desafios que as Coordenadoras de Saúde enfrentam e a necessidade de descentralizar a administração.

Uma nova forma de olhar a realidade, com um significado da amplitude de viver saudável, de preocupar-se com o ser humano, numa visão holística da saúde.

Do corpo humano ao ser humano: do biológico ao social

Outra categoria que emergiu nas narrativas refere-se ao entendimento da prática da Enfermagem como social, valorizando a complexidade do ser humano em oposição ao corpo humano.

Para uma análise ampla da formação profissional observa-se, nas narrativas, a seguir, uma busca do saber científico. As entrevistadas reconhecem as lacunas e a transitoriedade do conhecimento e são capazes de aprender a aprender, descobrindo novas áreas de conhecimento, como a das Ciências Sociais.

Cada vez mais as áreas do saber diferenciam-se e ampliam-se, demandando o fazer profissional, de forma a integrar o saber em suas várias dimensões, desde a área biológica até a política, como pode ser observado nas falas, a seguir:

Diamante: (...) *Na formação da enfermeira, como profissional de saúde, toda a nossa formação é dentro da visão biológica, e a gente investe na nossa formação muito pouco na área de humanas, apesar de trabalhar, do nosso objeto de trabalho ser o ser humano. Então, a nossa formação ainda carece disso, ela carece de você ter conhecimento de história, de filosofia, de sociologia, de ciências sociais... Porque você lida com vários atores num cargo como o que eu tenho hoje. E para isso você tem que ter uma formação política também. Política no sentido científico mesmo. Política mesmo, política no seu mais puro sentido. E eu acho que eu tive essa facilidade, e eu tenho a facilidade de lidar com os diferentes segmentos porque eu sou casada com um sociólogo. Então, eu aprendi muito. Tudo o que eu aprendi de Maquiavel, de Weber, de Dürkheim, de Marx, de Engels, etc. foi com meu marido sociólogo. Não foi nas nossas escolas, na nossa formação. Não foi. Então, eu acho que essa formação na área de humanas é fundamental.*

(...) *A gente fica com o nosso biologismo - é importante? A gente precisa, claro. Mas a gente podia dedicar um pouquinho mais da nossa formação na área de humanas. Deveria. Mas os cursos, hoje, são bem desfocados da realidade. Porque quando você vai para a realidade você vai trabalhar com tudo isso.*

Esmeralda: (...) *É completamente diferente ficar lá, fazer saúde na década de 80 e de 90, e de 2004 é completamente diferente. Seja enquanto você tem um cidadão, um pouco mais cidadão, mesmo que seja um cidadão dessa região, excluído, mas acho que carece ter muita sensibilidade, muito discernimento, muita objetividade...*

Rubi: (...) *Eu acho que, apesar da gente ter na formação como*

enfermeira conhecimentos na área de humanas, eu estava sentindo necessidade disso, e eu achei que o curso da PUC tinha uma grande concentração de filosofia, psicologia, eu achei interessante.

(...) Mas eu conheço várias profissionais enfermeiras que exercem esse papel, e então esse papel de gerenciamento e de administração, porque, na verdade, quem começou a fazer foi fundo, porque a gente tem essa possibilidade enquanto formação. A gente escorrega mesmo. A gente vai se apropriando com muito mais facilidade de tudo o que tem de fazer, porque a gente tem uma base de formação que, por menor que seja, depois você dá o passo e vai em frente. Eu tenho uma colega que foi Secretária de Saúde em Assis, hoje ela é a grande diretora de um hospital em Assis. Tenho colega que já foi para o Ministério e já organizou áreas, tem gente que é Secretário de Saúde em São Carlos... Então, têm várias... Tem uma coisa que possibilita isso. ... Tem uma coisa que possibilita isso. Aqui eu tenho três Diretoras de Unidade que são enfermeiras. Pela cidade têm muitas Diretoras de Unidades que são enfermeiras. Essas Unidades, quando a enfermeira quer (...) a Unidade mudou da água para o vinho desde que as duas [enfermeiras] entraram.

Para estas gestoras, além dos conhecimentos administrativos e técnicos, foi preciso desenvolver a capacidade de lidar com pessoas, conhecer suas necessidades, valores, conflitos, interesses e, desta forma, os conhecimentos das Ciências Humanas, sobretudo, da Sociologia, Psicologia e Antropologia são valorizados, visto que o objetivo é o cuidar do ser humano, seja num enfoque individual ou coletivo e, além disso, trabalhar com uma equipe de pessoas, considerando-as em sua singularidade e especificidade.

As falas expressam a relevância de visualizar o ser humano em um contexto que vislumbre sua participação, as suas condições sociais e econômicas, nas quais está inserido e nem sempre são contempladas e discutidas no processo de trabalho da enfermagem. A enfermeira ao absorver a visão biologista da medicina que privilegia a doença, contribui para o empobrecimento de sua prática, por ser

reducionista e proporcionar uma ação fragmentada, distante do cuidar da enfermagem voltado ao doente.

Na formação das enfermeiras destaca-se, ainda, com predominância, o enfoque do conteúdo técnico direcionado para atuação em uma hierarquia vertical. Mas, para atuar na realidade social, o domínio das técnicas gerenciais por si só não é suficiente, visto que a função administrativa vai além dos conhecimentos científicos, racionais e técnicos, pois a dinâmica da ação decisória é caracterizada pela imprevisibilidade, espontaneidade e necessidade de articulação entre os diversos aspectos do processo, não restrito à execução de tarefas, mas que contemplem a capacidade estratégica, a negociação com outros atores dispostos na mesma linha hierárquica e que exigem o desenvolvimento de um conjunto de outras competências.

Cada vez mais, percebe-se a necessidade de uma reformulação das experiências de aprendizagem, desprivilegiando as relacionadas a uma administração tecno-burocrática e funcionalista que enfatizem apenas a obediência a normas e regulamentos, devendo considerar as outras dimensões fundamentais do administrar, entre as quais se destacam a humana, a ética, a política e a busca do desenvolvimento da competência de relacionar-se, direcionar e liderar o trabalho coletivo.

A liderança e a Enfermagem

A liderança e a Enfermagem foram uma das categorias específicas relacionadas à expressão da relevância do papel de líder da enfermeira Coordenadora de Saúde, impregnada de ação social, exercida com o objetivo de atender a população.

Por ser coletivo, o trabalho da Enfermagem incorpora a tendência à idéia de liderança. Nas narrativas, a liderança é expressa como algo desejável, mas com percepções e significados ainda equivocados entre as enfermeiras entrevistadas:

Diamante: (...) *Você tem que priorizar seu trabalho, em qualquer lugar*

que você esteja, então, você fica com essa pecha de administrador, de gerente de coisa... "Ah, deixa que a enfermeira cuida disso... Mas eu acho que é importante. É lógico que tem colegas que não têm muito desenvolvido esse lado e aí desenvolve mais o lado assistencial. Pessoas que não têm... Que mesmo a escola te dando a formação, te dando subsídios teóricos e práticos, na vida depois você envereda por outros caminhos, porque você não tem perfil de liderança, de gerenciamento, etc. Então, você mesmo envereda por outros caminhos.

Esmeralda: *(...) A enfermeira, seja ela de cabeceira, seja ela enfermeira de ala ou de chefia de enfermagem, ou de unidade básica ou de UTI, ela sempre vai desempenhar um papel de liderança. E assumir esse papel de liderança é um fardo muito grande. Antigamente, tinha o atendente, o auxiliar, o técnico... Hoje você tem o auxiliar e o técnico. E, mais ainda, você, para fazer a diferença, você tem que trazer outros profissionais que estejam de lado, junto com você trabalhando.*

Pérola: *(...) Porque é próprio da enfermeira ser chefe, vamos dizer assim. É próprio da enfermeira ser liderança. Ele tem uma equipe. Não existe enfermeira que trabalha sozinho; a não ser em "home care", e dependendo do tipo. A enfermeira, a figura da enfermeira por si só, a característica da enfermeira é de ser líder de equipe, da equipe de enfermagem. Até no hospital. O hospital tem características diferentes. Não necessariamente a liderança da enfermeira vai influenciar a estrutura organizacional do hospital. Agora, na unidade de saúde, eu acho que isso é mais forte. Faz muita diferença quando você tem na equipe de saúde uma enfermeira que assume essa postura de liderança e a enfermeira que não assume. E isso se reflete no serviço.*

Pérola e Esmeralda, quando se referem à questão da liderança da enfermeira, desvelam uma ótica idealizada, por ser considerada como algo “natural” ou dogma, supostamente inquestionável e adquirido com o diploma de graduação.

Na fala de Pérola, observa-se que, em alguns momentos, os termos chefia e liderança não diferem, embora expressa a concepção de aquisição natural da condição de líder, a outra narrativa ilustra a necessidade de adquiri-la, apontando contradição em relação ao entendimento deste conceito.

A chefia refere-se ao cargo administrativo formal hierarquicamente superior que a enfermeira assume em um processo de trabalho coletivo na Enfermagem, ao passo que a liderança pode ocorrer independente de posição hierárquica.

Neste estudo, considerou-se que a liderança constitui uma relação entre as pessoas, na qual ocorre uma influência e poder, distribuída de forma desigual, porém, legítima àquele grupo de pessoas. Esta legitimidade pode ocorrer de diversas maneiras, destacando-se a idéia de que o poder pode ser conferido ao líder, mediante o consentimento dos membros do grupo, por meio de um contrato de trabalho ou, por norma legal, mas, cabe a ele exercê-la. A liderança é entendida como um processo grupal, no qual a influência tem a finalidade de alcançar uma meta. Portanto, está ligada a um sentido de ação e a um senso de movimento.

As falas das enfermeiras entrevistadas confirmam a afirmação de ROZENDO (1995), para quem a liderança é um mito na Enfermagem, visualizada de forma cristalizada, colocada em uma perspectiva de bem-supremo e surgindo como algo posto, uma condição a priori, em que a enfermeira, independente de sua experiência anterior, entra no mercado de trabalho com esta responsabilidade, embora se observe, neste caso, uma relação de mando com os demais profissionais de Enfermagem, mas não é, obrigatoriamente, de liderança.

Esta concepção é divulgada na formação, no dia-a-dia do trabalho, nos programas de treinamento em serviço, na bibliografia e na legislação que

regulamenta o exercício profissional de enfermagem, sendo reproduzida de forma acrítica, sem que haja uma discussão mais profunda sobre o significado da concepção e do comportamento.

O termo liderança, utilizado em nosso dia-a-dia, com base na Escola de Relações Humanas e no desenvolvimento da Psicologia e Sociologia, levou a uma preocupação com o ambiente de trabalho, de forma a buscar a humanização e a democratização nas relações laborais, considerando que o homem era motivado por recompensas sociais, simbólicas e não-materiais, criando a idéia da necessidade do trabalho em grupo, com ênfase nas pessoas e não na execução das tarefas (KURCGANT 1992; ROZENDO 1995).

De certa forma, a palavra líder parece atenuar ou amenizar uma posição ou atribuição hierárquica que a categoria das enfermeiras possui em relação aos outros profissionais de Enfermagem, pois está mais próxima da interação humana, assim como o termo coordenar que suaviza a hierarquização ou o caráter controlador subjacente à idéia de supervisão, como se o controle fosse um instrumento negativo. Na verdade, todo trabalho coletivo requer uma coordenação e um controle, no entanto, parece que as enfermeiras rejeitam esses termos.

Em relação ao controle, BRAVERMAN (1987, p.68) afirma que o verbo “*to manage*” (administrar, gerenciar) vem do latim “*manus*” que significa mão. Antes, queria dizer adestrar um cavalo para fazê-lo praticar o “*manége*”. De fato, o controle é o conceito fundamental de todos os princípios gerenciais, reconhecido implícita ou explicitamente por todos os teóricos da administração com o significado de dar as mãos, estar junto, acompanhar. Desta forma, deve-se desnudar a conotação pejorativa de controle, de forma que possa expressar sua importância na função administrativa.

Especificamente em relação ao Município de São Paulo, vivenciando esta mudança político-organizacional e o jogo de poder local, faz-se necessário uma liderança desse grupo que possa estar transformando esta realidade. Para KISIL e PUPO (1998), a equipe sob a liderança deve possibilitar que sejam estabelecidos os diagnósticos, os planos de mudança, supervisionar e avaliar suas

implantações.

Neste sentido, embora as Coordenadoras de Saúde possam exercer o poder da autoridade do cargo que lhes é atribuído hierarquicamente, a liderança é uma competência a ser adquirida.

Diante disso, neste processo de construção coletiva da municipalização da saúde no Município de São Paulo é importante que as enfermeiras Coordenadoras de Saúde exerçam uma liderança transformadora para conduzir as mudanças necessárias, desenvolvendo competências para articular estratégias factíveis e viáveis coerentes com a realidade local, tendo em vista estabelecer relações com as diferentes instâncias de poder. Ao trabalharem com a participação, fator decisivo para uma democracia, requer contatos com protagonistas variados, com visões e interesses diversos, mas que devem confluir para o alcance dos o objetivo comum de consolidar o SUS.

Saúde Pública: uma rede de serviços, Coordenadoria de Saúde: uma rede de relações.

Esta categoria identifica a relevância da competência em saber relacionar-se expressa pelas enfermeiras entrevistadas, em relação ao exercício do cargo de Coordenadora de Saúde, no qual a gestão de saúde local implica em considerar a dialética do jogo político dos distintos atores da região.

Para CECÍLIO (1999), as organizações de Saúde Públicas são consideradas como arenas onde se disputam distintos projetos políticos: os dirigentes que buscam legitimidade política; os trabalhadores de saúde, que buscam salários e boas condições de trabalho, com os diferentes interesses inerentes a cada categoria profissional, e os usuários, atendimento às suas necessidades.

Nesta arena de poder, os pactos que se estabelecem entre os atores determinam o funcionamento dessas organizações. As diretrizes do SUS nem sempre prevalecem no confronto com as diferentes lógicas ligadas a esses distintos interesses.

Em suas atribuições diárias, as enfermeiras referem, o estar

pactuando, reunindo-se e negociando constantemente. Valorizam a interação intra e extra-setor da saúde, bem como a necessidade de viabilizá-la estratégica e taticamente com o propósito de intervir, intersetorialmente, no sentido de criar um impacto favorável na saúde e na vida da população.

Esta competência relacional, de aprender a viver e trabalhar com outros, constitui dimensões que se destacam na Enfermagem, pois seu processo de trabalho específico caracteriza-se pela interação com os demais profissionais de saúde, usuários e familiares.

Neste contexto, deve-se compreender a Saúde Pública, como uma prática de relações, um processo de trabalho que vai sendo construído, de forma dinâmica, na interação entre diversos sujeitos.

A enfermeira Coordenadora de Saúde é uma facilitadora das atividades de articulação para o enfrentamento desse novo espaço profissional, por meio da criação de mecanismos e instrumentos que viabilizam a cooperação, a negociação, a identificação de pontos comuns e de resistências, bem como pela busca de acordos e parcerias.

A imagem que as enfermeiras pesquisadas têm sobre seu trabalho, como Coordenadoras de Saúde, é de algo a ser construído no coletivo, na sua região, com os recursos de que dispõem, sobretudo, em relação aos trabalhadores.

O trabalho é narrado sempre no plural, em equipe, ou melhor, em equipes diversas, com interação de pessoas com formação e experiências diferentes, propiciando a disseminação de ideais e soluções inovadoras aos problemas e à elaboração de novas propostas. Portanto, duas das prerrogativas deste modelo de participação e democratização são compartilhadas pelas entrevistadas. Expressam esta característica grupal por meio das denominações: *“montamos, a gente, criamos, a construção conjunta das soluções...”*.

A expressão *“tecer”* também emergiu das falas no sentido de compreender as relações entre os diferentes grupos de interesse e poder e visualizar o

contexto em suas relações complexas, sem amarras. ...Esmeralda deixa claro que é necessário...tecer sem nós, mas, formando "links".

O estar conectado tem o sentido de adquirir informações úteis a serem analisadas e divulgadas e compartilhar de todas as atividades, em especial, quando se trabalha em equipe. Neste aspecto, uma das estratégias é privilegiar a informatização, agilizando o levantamento de problemas, o diagnóstico e a tomada de decisões para priorizar as ações.

As narrativas expressam as necessidades de cooperação, de apoio, de mútuo compartilhar e confiança na equipe. Valorizam a co-responsabilidade dos trabalhadores de saúde com o serviço para favorecer a relação de vínculo e responsabilidade, que são valores incipientes nos serviços de Saúde Pública:

As enfermeiras reconhecem sua capacidade de aproximação com a população e com os outros profissionais, esforçando-se para realizar uma relação horizontal de parceria, conforme as seguintes falas:

Diamante: (...) *Eu acho que só com a formação básica [de enfermeira] não dá. Eu acho que é pouco. Do jeito que ele sai da universidade...Eu acho que é pouco. A enfermeira é o profissional - eu não estou querendo puxar, não sou corporativista, eu tenho a cultura de trabalhar com o multiprofissional, mas é o profissional que tem uma visão melhor do todo: do gerenciar, do conhecer a saúde melhor, de lidar com a coisa da multiprofissionalidade com mais respeito, reconhecendo que cada profissional tem um papel importante, mas podemos, sim, construir alguma coisa juntos, construir um conhecimento juntos, com todos os profissionais. É a questão da multidisciplinaridade. E não é você justapor os profissionais, mas é você interagir respeitando a especificidade de cada um na construção de um novo. Então, a enfermeira é o que tem o melhor perfil no mercado para exercer essa função. O coordenador é quem articula Conselho de Saúde, necessidades da população, da equipe...Todas essas coisas. E outra coisa que eu acho*

muito importante... O relacionamento com a Subprefeitura, com todas as áreas da Subprefeitura, que são sete Coordenadorias. E mais o Conselho de Saúde, mais orçamento participativo.

(...) Porque você lida com vários atores num cargo como o que eu tenho hoje. E para isso você tem que ter uma formação política também. Política no sentido científico mesmo. Política mesmo, política no seu mais puro sentido. E eu acho que eu tive essa facilidade, e eu tenho a facilidade de lidar com os diferentes segmentos porque eu sou casada com um sociólogo. Então, eu aprendi muito.

Rubi: *(...) mas construindo junto a gente aprende. Então, eu posso, às vezes, ter que ser a última a dar a palavra, posso precisar restar, eu mesma, em determinados lugares, mas eu discuto muito com as pessoas que estão trabalhando comigo, a gente pensa muito as coisas juntos e, então... Isso faz a gente trabalhar de forma mais qualificada e o gerenciamento fica melhor, com certeza, não dá para fazer sozinha. Eu não precisaria de formação específica: “vamos aprender a ser coordenadora”. Como eu acho que alguns precisam. E precisa mais quem trabalha sozinho, porque dá muita cabeçada. É ilusão a gente imaginar que a gente, no papel que a gente está, no local que a gente está, que a gente exerce grande influência sozinho lá no local onde as pessoas estão prestando assistência.*

Pérola: *(...) De como que você vai encarar esse território, por exemplo, conversar ou não conversar, conhecer ou não conhecer os gerentes da unidade é um reflexo disso. Eu não consigo conceber fazer gestão de um território desprezando ou não valorizando um ator como esse, como o gerente da unidade que é, simplesmente, a pessoa que está em contato com todos os trabalhadores da unidade. É a pessoa que tem que fazer o planejamento para aquele território e você não sabe o que a pessoa está*

pensando, você não sabe se ela compartilha da mesma expectativa que você para a organização de saúde do território. Quer dizer, isso eu acho que é ter uma visão fragmentada do seu território, cada um tem o seu nível. O território que eu tenho que olhar é a Subprefeitura inteira como Coordenadora de Saúde.

As enfermeiras entrevistadas trabalham a perspectiva de uma ordem negociada em um permanente processo de organização e reorganização, nos quais os arranjos sociais resultantes dos processos de interação são revistos, modificados, sustentados, defendidos, substituídos e desfeitos.

Nas entrevistas, visualiza-se a complexidade do cenário e das questões a serem negociadas, com seus limites e impasses da gestão das forças de oposição, dos interesses antagônicos e, sobretudo, por se tratar de uma prática inovadora. Em especial, na área da saúde, emerge um sentimento de impotência, diante da autoridade profissional médica que requer a obtenção de privilégios e poderes especiais.

Em relação à capacidade de negociação KURCGANT (1995) cita as dificuldades do agir político das enfermeiras em relação à consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, com pouca autonomia, para modificar as decisões do poder maior da instituição. Ao tentar introduzir novas práticas e promover mudanças, estas podem ser percebidas como uma ameaça ao poder institucionalizado e, por isso, muitas vezes desencorajadas. Neste sentido, é expressivo considerar a necessidade do desenvolvimento da competência política da enfermeira.

Neste estudo, estas enfermeiras estão vivenciando a construção de um novo modelo político-administrativo, um novo processo de trabalho, e uma nova relação com a SMS e com outros sujeitos e estruturas diferentes em um cotidiano, caracterizado pelo enfrentamento de situações, que exigem um re-significar dos saberes e práticas.

Esta idéia de algo novo a ser construído diverge da caracterização

feita por WITT e ALMEIDA (2003), a Enfermagem é uma profissão aderida a certezas, a normas, a regras com dificuldades para conviver com o novo, com ritmos que não acompanham as mudanças globais. Assim, é importante considerar que a metodologia não permite generalizações para a categoria, mas de qualquer forma parece mostrar uma mudança no estereotipo destes profissionais.

SILVA (1986) ao analisar a prática da enfermagem, como um trabalho social, historicamente determinado e como cidadã, conclui que a enfermeira tem uma tendência a negar a ação política, o apelo à neutralidade e ao distanciamento dessas questões e o apoio incondicional às políticas.

Neste sentido, as enfermeiras Coordenadoras de Saúde expressam o ideal do profissional de Saúde Pública, valorizam a importância da política em seu cotidiano e na magnitude de suas ações. Por isso mesmo, talvez, estejam ocupando um espaço de destaque na gestão de direito público.

Desta forma, como profissionais de Saúde Pública desenvolvem a competência para a análise dos fatos, o raciocínio crítico, criando possibilidades de mudança e vislumbram um agir político e administrativo na potencialização dos atributos pessoais, como: a coragem, a perseverança, a iniciativa e a determinação, mobilizando, favoravelmente, suas práticas, expressas nas falas, a seguir:

Diamante: (...) E quando a gente passa pela saída do PAS, a retomada das nossas unidades, a municipalização e também pegamos as Unidades de Saúde do Estado numa situação calamitosa, sem funcionários, sem equipamentos, desorganizadas, etc. Daí, quando você está nesse processo ainda de retomada da estrutura, a gente passa por outra mudança que foi a criação da Subprefeitura.

(...) Primeiro, a gente fez um planejamento para estar atendendo, para estar arrancando leite de pedra, atingindo um máximo de produtividade, que é um problema sério nas Unidades de Saúde, principalmente nas públicas. Se você não tiver um gerenciamento... E conseguimos. Tanto é

que teve um trabalho na Secretaria, e a nossa Coordenadoria de é a que tem o maior percentual de rendimento.

Assim, é possível observar as atitudes de superar obstáculos, inovar, experimentar com as características de tenacidade, envolvimento, compromisso, assumir responsabilidades, avaliar as dificuldades e aprender, de forma a fazer emergir as funções de destaque no trabalho.

Ao refletir sobre os dados desse estudo, observa-se que as enfermeiras Coordenadoras de Saúde modificaram as características de um imaginário social da Enfermagem, como profissional tarefeiro e subserviente para um profissional de saúde comprometido com seu trabalho e que busca o reconhecimento social.

O compromisso com a profissão

Nesta categoria, estão as falas das enfermeiras que apontam para o compromisso social com a Saúde Pública que pode ser manifestada em diferentes esferas, na participação em nível da sociedade civil, como no caso das organizações e associações da categoria profissional e formação do profissional de Enfermagem:

Esmeralda: *(...) Eu participo do Sindicato dos Enfermeiros e do COREN e a gente vai montar uma chapa para concorrer.*

(...) E o COREN eu nunca vi fazendo, apesar de ser um conselho imenso, tradicional... Eu acho que ele fica muito mais nesse papel policialesco de ampliar...: "Vamos ver se modifica". Eu espero, de fato, porque eu acho que essas coisas também precisam de muita dedicação, e de você se descompatibilizar de outras coisas. Mas a gente precisava mesmo fazer parte de um COREN, de um Conselho que divulgue muito mais a responsabilidade social...

(...) Acho que a gente tem a responsabilidade de ter permitido pulverizar tanto a formação, e você vê muito... Eu nunca quis ser professora,

porque é a única coisa que eu tenho medo de fazer. Porque eu acho que se você ensinar errado ou equivocadamente, é um erro que você não repara. Então, eu acho que ser “teacher” é uma coisa de uma responsabilidade imensa. Eu já tive várias dificuldades e perguntavam: “Por que você não vai dar aula?”, “eu, não, de jeito nenhum, morro de medo de fazer algo errado”. Então, eu acho que a massificação que a gente vê, muito pelo profissional que se vê, pelo produto final que se tem visto, os formandos, é um caso de polícia. E acho lamentável... Mas eu acho que tem se perdido muito de qualidade, de sentimento, de propostas mesmo de trabalho, de compromisso. Acho que se resgatasse, pelo menos, a questão do compromisso social das categorias já seria um grande passo. Porque não existe mais acho que hoje, nada, que não requer essa situação de uma questão de compromisso, de você devolver algo que você já adquiriu, de você ser co-responsável.

Rubi: (...) [*projeto docente-assistencial*] e é, por esse motivo, inclusive, que eu estou aqui. Na verdade, porque eu acredito nisso mesmo. Porque quanto mais dentro você está, melhor você ensina. Aí você tem profissionais mais qualificados.

Pérola: (...) *Eu nunca participei, mas tenho vontade. Na Bahia, eu fui convidada para participar da chapa. Só que eu já estava vindo para São Paulo de volta. Então, eu acabei não entrando na chapa. Mas, por diversas vezes, tentaram fazer chapa de oposição, mas o COREN e o COFEN acabam fazendo as regras, mudando e ninguém consegue nem inscrever chapa. Não é que não conseguem ganhar a eleição. Não inscrevem a chapa. Não conseguem disputar; então é um problema sério isso, um problema muito sério.*

As falas de Esmeralda e Pérola referem a preocupação com o COREN em um engajamento político manifestado no desejo de participarem do Conselho, de exercer poder de decisão política da categoria profissional.

A vontade manifestada nas falas de Esmeralda e Pérola de participar de uma chapa de oposição, no sentido de mudar uma situação constante de eleição com chapa única, visando a privilegiar a democracia, a participação, a possibilidade de realizar uma escolha, caracterizando a eleição feita, desta forma, como um processo democrático que se constrói no debate de idéias e opiniões divergentes. Sendo assim, expressam um olhar que vai além da responsabilidade com a profissão para o compromisso social com a saúde do público.

A organização política da enfermagem que busca contemplar a presença na política nacional e na construção de um projeto político, delinea-se como um direcionamento para as lutas e reflexões da categoria. No entanto, ainda se configura como uma ação a ser realizada no futuro.

Desta forma, as narrativas expressam uma análise crítico-reflexiva e de contextualização político-social, ao apontarem, em especial, a preocupação com a responsabilidade social, enfatizando a vontade de participação da enfermeira nos órgãos representativos da categoria profissional, assim como na avaliação da qualidade das organizações de ensino de Enfermagem. No entanto, não referem qualquer ação efetiva para a transformação desta situação, que pode provocar prejuízos para a categoria profissional, numa atitude incoerente com o engajamento nas questões políticas mencionadas na trajetória de vida profissional.

No sentido de contribuírem com um futuro melhor, social e profissionalmente, as entrevistadas buscam explorar os recursos e oportunidades em uma perspectiva do futuro da Saúde Pública. Que estratégias utilizam para o enfrentamento deste novo espaço profissional diante das responsabilidades, dos limites e desafios apresentados?

6.4 Estratégias para o agir na Saúde Pública

As enfermeiras Coordenadoras de Saúde, sentindo-se competentes para determinadas ações e percebendo as limitações para outras, além da necessidade de criar um futuro desejável, observa-se à relevância de buscar estratégias e oportunidades para o enfrentamento do cotidiano de trabalho, ilustradas durante a análise do tema que, neste momento, os principais aspectos serão analisados.

Em algumas falas, as enfermeiras entrevistadas demonstram a preocupação com a continuidade de seu trabalho numa visão de um processo em construção em longo prazo, como se estivessem em um trabalho árduo, mas, frágil, como construindo um castelo de areia.

A fala de Esmeralda compara sua função de coordenar e plantar, deixar estas sementes que precisam ser cuidadas para se manterem vivas nas próximas gestões públicas:

Esmeralda: (...) *Eu acho que o novo Coordenador de Saúde não é ainda o papel central, a personalidade central dessa organização. Acho que ainda está para definir mesmo esses papéis. Talvez seja muito mais a equipe que ele tiver e as unidades que ele conseguir organizar, implementar. Acho que eu diria aí, as sementes que ele conseguir semear no seu território.*

Além disso, na narrativa de Diamante, reconhece a importância desse momento para o conhecimento, adotando a estratégia de busca do aprendizado, de mobilizar os saberes direcionando-os ao seu cotidiano de trabalho e uso de métodos da epidemiologia, como pode ser observado na narrativa, a seguir:

Diamante: (...) *Então, eu fiz o meu Mestrado junto com a coordenação. Fiz na PUC de São Paulo, na área de gerontologia. e trabalhando numa área onde 20% da população é idosa. Então, foi muito rico. E eu fiz a minha pesquisa aqui também (...)*

(...) eu gerenciei também o NEPI - Núcleo de Epidemiologia, Pesquisa e Informação. Com a criação dos Distritos na época da Erundina, ela esboçou uma criação de Distritos. A cidade foi dividida em Distritos (...) Então, eu trabalhei como funcionária do núcleo, como enfermeira, como membro da equipe, e por um outro período eu coordenava esse Núcleo de Epidemiologia. E no Núcleo de Epidemiologia, a gente trabalhava com equipe multiprofissional: tinha enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos, educadores, etc. E um período eu fiquei na coordenação do grupo e, um período, eu fiquei como enfermeira, como parte da equipe. Na época do PAS, eu fiquei no Núcleo de Epidemiologia.

Esmeralda menciona a adoção de estratégias na busca de novas e antigas fórmulas, no trabalho com os recursos disponíveis e estabelecendo prioridades:

Esmeralda: *(...) Você tem mais é que encontrar novas fórmulas aí, principalmente de fixação de pessoal. Acho que a enfermeira nisso ela dá esse olhar de resolução, de entender de fato, ter uma compreensão, mas eu acho que é muito mais a prática que você teve e muito mais a equipe que te cerca, que você sozinho, fala: “eu não sou a Coordenadoria de Saúde, eu sou a equipe que hoje tem que algumas coisas, a gente deu o tom”.*

(...) Então, eu acho que hoje reinventar a roda é perder tempo. Então, vocês têm muitas rodas, modelos, e você tem que fazer a opção pela melhor roda, dar – como se diz – uma lapidada, mas reinventar é perda de tempo. Hoje, eu acho que cada vez mais você tem que estar sabendo o que é esse quarto setor, terceira via, essas coisas que você... A gente se depara com problemas sérios (...)

Diante da complexidade do cenário e das necessidades, outras estratégias incluem fazer uso da criatividade e da experiência. Procurar novas

fórmulas, aproveitar as antigas, promover o intercâmbio entre coordenadores, reuniões que sirvam para consolidação e, ao mesmo tempo, avaliação dos projetos que possibilitem a interlocução com outros segmentos, lideranças comunitárias e organizações de ensino em saúde na busca de parcerias, troca de experiências e informações, como podem ser observados nas seguintes narrativas:

Diamante: (...) *A gente tem várias atividades conjuntas, tem reunião de planejamento, de avaliação (...) Tenho reuniões sistemáticas com os outros coordenadores, na Subprefeitura, com o Subprefeito a cada 15 dias (...) Temos reuniões mensais de período integral junto com o secretário. Todo mês a gente se encontra e essas reuniões têm caráter informativo, deliberativo para algumas coisas. Então, isso aí é muito importante.*

Esmeralda: (...) *O papel da Coordenadoria não é só isso de ficar aqui discutindo (...) Essas reuniões têm contribuído, até para entender quais são os problemas. Porque manter o trem no trilho não é fácil (...) Você, para manter no trilho, tem que estar em consonância... O Subprefeito também faz uma reunião de 15 em 15 dias, às segundas-feiras, com os coordenadores aqui da Subprefeitura. Os Coordenadores da região têm reuniões de 15 em 15 dias com o Subprefeito (...), fora as reuniões, tipo oficina de morte materna, porque está vinculado à Saúde da Mulher (...) a Secretaria de Gestão Pública tem feito reuniões de 15 em 15 dias com todos os coordenadores, todos, de todas as áreas, para este olhar mais integrado dentro das finanças.*

(...) não somos donos de nossa agenda, muita reunião, muito fórum(...)

Rubi: (...) *A reunião... Eu acho que é importante, porque é um espaço de troca e de construção, de diretriz e articulação. A diretriz pode ser definida em conjunto. Isso que a gente tem discutido e por isso a gente*

acha que tem que ter um espaço mais próximo com o Secretário mesmo, para discutir as políticas e tomar decisões juntos. Tem aquela coisa de pensar e fazer a amarração de tudo, porque não dá para serem políticas independentes.

(...) Com o Secretário de Saúde a gente tem [reunião] duas vezes... Antes era uma vez por mês, que é na quarta-feira pela manhã e às vezes pega o dia inteiro – de manhã com o Colegiado Geral da Secretaria e à tarde só os coordenadores. Agora o Secretário está implantando um novo projeto de também abrir uma agenda mais regional. A gente tinha um fórum regional que, na verdade, vinha discutindo várias coisas, e ele agora está falando com o fórum regional para sentar com o próprio Secretário, discutir com ele mesmo as questões mais da região. A gente vai ter agora no dia três a nossa primeira reunião do grupo de coordenadores da região com o Secretário, com uma pauta específica que aborda RH e orçamento.

Pérola: *(...) Eu e a equipe, a gente se divide, porque tem fórum demais; tem mais fórum do que pessoas para acompanhar tudo isso. Então, a gente participa de tudo. Eu participo do Comitê de Gestão da Subprefeitura, do orçamento participativo, dos conselhos; quando eu não vou, vai um dos assessores. A gente participa dos conselhos. Eu participo do conselho gestor distrital, com mais duas gerentes de unidade e uma das minhas assessoras, a gente tem fóruns assim, reuniões de gestores, diretores de unidade, porque agora vão ser coordenadores de unidades de saúde. E faço reunião com os coordenadores de unidade toda semana ou a cada 15 dias, no máximo a cada 15 dias.*

O diálogo pode representar um caminho para a mudança de uma relação de cobrança mútua para uma proposta de soluções conjuntas e inovadoras.

Neste momento de construção de um novo modelo político-administrativo, seria também uma forma de apoiar, coordenar, facilitar e assegurar as Políticas de Saúde no Município, favorecendo a continuidade e a efetivação do processo de municipalização, em especial, por se tratar de algo novo, a ser construído. Mas qual é a contribuição efetiva dessas reuniões? Uma vez que nas narrativas, observa-se um número excessivo de reuniões e fóruns e a dificuldade de conciliar todas as atividades, até porque, o Coordenador de Saúde precisa discutir para agir na sua região.

Outra estratégia mencionada, tendo em vista permitir a intencionalidade do papel agregador da SMS, refere-se à participação nas reuniões programadas, quinzenalmente, e o Secretário Municipal da Saúde pode acompanhar, assessorar e avaliar a condução do trabalho e o comprometimento das gestoras, além de ser uma forma de conhecer e aproximar-se dos sistemas locais.

No entanto, a finalidade das discussões foi expressa em relação a temas considerados pelas enfermeiras Coordenadoras de Saúde e Secretário Municipal da Saúde, como competências fundamentais para o exercício do cargo: conhecimento do SUS, ilustrado na fala, a seguir:

Diamante: (...) *Então, a gente tinha, mais ou menos, no começo, os diretores de Distrito, uma formação em Saúde Pública, um conhecimento do Sistema Único de Saúde... Você podia discutir isso sem precisar de um nivelamento conceitual, porque as pessoas eram umas lutadoras pelo Sistema Único de Saúde, dentro do movimento de saúde, mesmo que não fossem do partido. Mas defendiam isso. No momento em que há a instalação das Subprefeituras, isso se perde um pouco.*

Esta fala expressa que a nova composição dos Coordenadores de Saúde na Subprefeitura cria a necessidade de reuniões para homogeneizar conhecimentos fundamentais para a defesa do bem-público, distanciando da proposta inicial de trabalho no processo de construção do SUS.

É instigante imaginar como se operacionaliza o trabalho de negociação contínua, articulação em um contexto recente, com a proposta de gestão participativa e a necessidade de resultados de impacto das ações. Desta forma é relevante considerar o tempo dependido em reuniões.

Em relação à questão do tempo, os defensores da Reforma Sanitária têm uma lógica de construção a longo prazo e os preocupados com a governabilidade a curto prazo, portanto, na realização de um projeto técnico, mesmo legitimado, sempre existe um projeto político que predomina (BODSTEIN 1993, SILVA 2001).

O político trabalha com valores de reconhecimento da população, aprovação da opinião pública, aumento da governabilidade e atendimento aos critérios de sensibilidade social, no tempo do mandato eleitoral.

É importante considerar seus distintos interesses e racionalidades na interpretação do significado da municipalização da saúde, no qual se sobressai a lógica do governante. Mesmo que tenham consciência de que projetos setoriais podem dar bons resultados futuros, de mais longo prazo, as autoridades políticas, freqüentemente, consideram tempos breves para tomar decisões.

Na tentativa de promover a participação democrática, as enfermeiras entrevistadas narram a busca de estabelecer a proximidade com a sociedade civil, através da participação nos órgãos colegiados, fóruns de debates com lideranças comunitárias, profissionais de saúde e organizações de ensino, como uma estratégia para estabelecer parcerias, conforme narrativas abaixo:

Rubi: (...) *porque eu tenho muita relação com outras instituições particulares por conta de implantação dos núcleos de educação permanente. E aí a gente tem essa roda de conversa com as universidades todas...*

Pérola: (...) *O governo local possibilita que as pessoas tenham mais*

acesso às informações. A gente vê isso na quantidade de ouvidorias. Até para reclamar das coisas, para denunciar, para cobrar, com o governo local fica muito mais próximo: as pessoas têm acesso ao Chefe de Gabinete, qualquer um que bate na porta, “eu quero falar com o Subprefeito”, pegam ele no corredor. Ninguém pega a prefeita no corredor. E o Subprefeito, ele é um porta-voz da população com a Prefeitura, não só com a Prefeita, mas com a Prefeitura. Ele é a Prefeitura na região, e isso é muito importante. Então, a população fiscaliza como é que está sendo gasto o dinheiro e tem acesso direto a quem executa. As pessoas vêm, batem na minha porta, para dizer que o posto tal está de tal jeito. As pessoas ligam para o meu celular; os conselhos têm meu celular. Aonde que alguém tem celular de Secretário de Saúde? (...) Então a proximidade com o todo é muito mais fácil, muito melhor aproveitada, muito mais tranqüila.

(...) Agora, se você me perguntar eu sei tudo de todos os postos, eu conheço os funcionários pelo nome, eu conheço as lideranças pelo nome, sei os problemas de cada Unidade de Saúde, uma por uma.

Para enfrentar os desafios relacionados ao novo modelo político-administrativo, a ser construído, mencionam o trabalho em consonância com os interesses expressos, estabelecendo acordos, e disseminando informações entre as outras áreas da Coordenadoria de Saúde.

Esmeralda menciona o interesse em desenvolver a competência para implantar estratégias para a negociação, tendo como premissa a realidade e a relação com os outros, as alianças, a necessidade de conciliar interesses diversos, mantendo o direcionamento central na arena política local:

Esmeralda: *(...) Eu diria que é não deixar o “bambolê” cair. Então, são novos atores, novas instituições, e tem que fazer a costura e as negociações com todas essas instâncias, sem destoar com o que as instâncias mais centrais já acordaram, já combinaram e você não bater*

a cara. É estar atendida, ligada. É estar, como se diz, na sintonia das ondas do rádio. E vai indo...

Na sua fala, Esmeralda aponta a relevância do “jogo de cintura” necessário para não deixar o “*bambolê cair*” e atenção em relação aos diferentes interesses e acordos no jogo da política local. É um momento de trabalho coletivo, uma prática de gestão que implica na composição de instâncias de poder a serem disputadas.

Na gestão de saúde local, as enfermeiras investigadas relatam estratégias direcionadas à proposta do trabalho com a gestão colegiada, procurando integrar os recursos locais para promover uma melhoria na otimização dos serviços:

Rubi: *(...) você não consegue fazer nenhum gerenciamento sozinha. Você tem que trabalhar de forma colegiada, você tem que juntar as pessoas, porque têm vários perfis diferentes, várias vertentes, cabeças pensando juntas pensam melhor, se articulam melhor (...) o pessoal da escola, vem o pessoal que ficou do núcleo da formação, trago pessoal da vigilância e todo esse grupo que está comigo. Então, geralmente, a gente faz reunião quinzenal com os Diretores das Unidades, uma vez de manhã e uma vez à tarde, com todos os Diretores de Unidade. A gente convida a Diretoria e o Auxiliar de Chefia da Direção, com esse grupo de coordenação, a gente tenta fazer uma vez por semana (...)*

Pérola: *(...) Agora, tem 12 Unidades, 12 pessoas que estão olhando para doze territórios específicos, só que esses 12 territórios específicos fazem parte de um único território que eu tenho que olhar. Então, como é que eu consigo enxergar esse território inteiro, se eu não sei o que é que está se passando e não discuto e não ajudo a construir essas partes? Se o todo é composto de partes.*

No entanto, o processo de descentralização vai além de sua

implantação legal e de ideais, sendo necessária a negociação e articulação entre os diversos gestores e coordenadores de serviços do SUS, com a participação social. Desta forma, a gestão democrática ainda é um objetivo a ser alcançado.

Percebem a gestão como um processo que deve ser concebido direcionado às características da região, adversidades e limitações de recursos, estabelecendo prioridades, desta forma, não podendo fazer tudo, procuravam determinar as questões principais e viáveis, como ilustram as narrativas transcritas, a seguir:

Diamante: *(....) Era o que a gente tinha pernas para conseguir, a municipalização das Unidades Básicas de Saúde.*

(....) e a gente tenta contornar isso, principalmente, com os idosos, fazendo alguns trabalhos extra-muros. Já que a gente não tem Unidade Básica de Saúde para atender à população, a gente acabou montando com a própria Coordenadoria, com as unidades de saúde, as poucas que a gente tem, só tem três Unidades Básicas de Saúde e acaba trabalhando com idosos em promoção de saúde, prevenção, fora, em condomínios. Faz um grupo aqui, outro ali, de prevenção, promoção para os idosos. Porque a gente não tem Unidade. Então, essa é uma carência muito grande dessa área, é uma coisa que me incomoda bastante, que a gente já fez vários movimentos, mas, quando você entra, o orçamento participativo, os distritos administrativos pedem Unidade de Saúde desde 2001, mas daí todas essas solicitações vão para serem votadas na cidade toda.

(....) Daí, a gente foi fazendo o seguinte: a gente atendia muito trabalhador, nós fomos cortando gradativamente; aqueles que faziam tratamentos, que faziam pré-natal na nossa área etc., que eram trabalhadores, a gente manteve o tratamento até o final, e foi remetendo esses pacientes pras suas áreas de moradia, de residência. Porque se eu não consigo atender nem 20% da minha população residente, eu não

posso atender os de fora da nossa área. Porque as outras áreas, mesmo as da periferia, elas são muito melhor servidas em Unidades do que nós.

(...) que a nossa prioridade é o idoso e o morador de rua.

Esmeralda: *(...) a gente tem unidade aqui, que não têm uma enfermeira, não têm um clínico, não têm um pediatra, porque você não consegue fixar. A rotatividade da mão-de-obra aqui é uma coisa assombrosa. A Secretaria prioriza, larga-os para escolha e o pessoal não escolhe. Então, você acaba tendo que optar por trabalhar pelo possível. Então, o que é que é possível?*

(...) A região precisa de tudo. Agora, eu parto do pressuposto de qual vai ser a nossa missão maior? A missão maior é de estar de fato, sendo porta de entrada de um Sistema Básico de Saúde – pediatria, clínica médica, GO, psiquiatria e saúde bucal. Então, são essas cinco áreas que a gente acha que tem de dar conta face ao tanto que tem sido investido hoje.

A organização do trabalho pressupõe o estabelecimento de prioridades e ações a serem efetivadas. A questão é definir quais os critérios a serem considerados na decisão das prioridades, que no espaço político local pode significar o atendimento das necessidades da população ou de outros interesses organizados de poder.

Os desafios são muitos, trata-se de uma proposta de um processo coletivo a ser construído, com desafios que transcendem a gestão local, em busca de alternativas à gestão descentralizada e democrática, em uma cultura ainda, predominantemente, centralizadora, e prescritiva, no qual mudanças podem ser entendidas como ameaças de saberes e poderes já institucionalizados.

Observa-se um trabalho direcionado ao ideal de defesa do SUS e

concretizado em uma realidade cheia de limitações e adversidades.

As enfermeiras Coordenadoras de Saúde vislumbram a necessidade de desenvolver competência política, do agir como parceira, influenciar, negociar, facilitar e conquistar o espaço profissional, não se limitando à organização do ambiente e do processo de trabalho para a prática de outros profissionais e buscando estratégias para as dificuldades do cotidiano de trabalho. Desta forma, a descentralização constitui um fato eminentemente político, porém incipiente.

Observa-se o distanciamento da proposta idealizada e grandiosa de construção do SUS nas adversidades da gestão local, sendo necessário um olhar crítico-reflexivo para o cotidiano de trabalho das enfermeiras pesquisadas.

Este é momento de mudança, no qual a saúde ganha certa visibilidade e expressão política e, assim, parece haver esperança de novos rumos à Saúde Pública no Município. As enfermeiras Coordenadoras de Saúde estão participando do processo de construção do SUS e fazendo história na Saúde Pública.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ponto de partida para este estudo foi o pressuposto de que a emergência do novo cargo de Coordenador de Saúde das Subprefeituras do Município de São Paulo criou condições para o desenvolvimento de novos saberes, no sentido de acompanhar as transformações da gestão, contribuindo para aproximação da realidade e o vislumbrar de um novo espaço profissional para as enfermeiras.

As considerações serão apresentadas em relação à problemática investigada, apontando para reflexões e contribuindo para novos rumos de pesquisa, pelos dados e informações obtidos pela análise qualitativa das narrativas, destacam-se:

Em relação à descrição do cenário do modelo político organizacional da saúde no Município de São Paulo em 2004:

- No Município de São Paulo, em 2001, iniciou-se o processo de descentralização, com a criação de 41 Distritos Sanitários. Em 2002 ocorreu a implantação das Subprefeituras constituindo-se como uma instância regional da administração direta da Prefeitura, com o objetivo principal de permitir a proximidade e a participação social em todos os níveis de gestão, nas deliberações e na execução das políticas públicas de saúde.
- Atualmente, existem 31 Subprefeituras que representam o governo municipal, com a função de articular as ações entre executivo e as lideranças regionais. É uma nova instância no jogo de disputa de poder e correlação de forças no Município, com a necessidade de pactuar acordos e conciliar diversos interesses locais, para manter condições de governabilidade.

- Na área da saúde, cada Subprefeitura tem um Coordenador de Saúde, cargo oficialmente criado em 2003, cuja função é a gestão do SUS em seu respectivo território de atuação, mantendo dois eixos de articulação: com a SMS e a Subprefeitura, caracterizando-se como um espaço de negociação de interesses, que podem ser divergentes e requerem uma definição das instâncias de poder e responsabilidade inerente a este.
- A SMS é gestora de saúde do Município, com sua competência indelegável de autoridade na saúde em nível municipal e papel legitimado redistributivo, normativo, integrador, de avaliação, controle das ações descentralizadas de saúde com bases epidemiológicas, cumprimento das Políticas de Saúde e apoio logístico e técnico aos serviços de saúde locais.
- Os profissionais defensores da Reforma Sanitária e os Subprefeitos têm distintos interesses e racionalidades na interpretação do significado da municipalização da saúde, no qual o político trabalha com valores de reconhecimento da população, aprovação da opinião pública, aumento da governabilidade e atendimento aos critérios de sensibilidade social, a curto prazo; e os profissionais de saúde têm uma lógica de construção a longo prazo. Assim, na realização de um projeto técnico, mesmo legitimado, sempre existe um projeto político que predomina.
- O processo de descentralização é um trabalho coletivo a ser construído, com necessidade de reformulações, revisão das linhas de autoridade e definição de papéis e responsabilidades inerentes ao poder. Não obstante, constitui uma inovação da gestão pública, ainda incipiente.

Quanto ao perfil, atribuição e escolha do Coordenador de Saúde:

- Em sua maioria (96,4 %), os Coordenadores de Saúde têm formação em Ciências Biológicas e 3,6% em Ciências Humanas. Os profissionais médicos correspondem ao grupo majoritário (58,0 %), seguidos da enfermagem (12,7 %). Há uma relação equitativa entre o sexo masculino (52,0%) e feminino (48,0%), no entanto há uma predominância de mulheres na área da saúde.
- O trabalho em Saúde Pública parece possibilitar a ruptura da hegemonia médica, entretanto ao se considerar a Coordenadoria de Saúde, observa-se que a competência política e a necessidade de legitimidade social favorecem o fortalecimento do saber médico.
- Verificou-se uma discordância em relação à busca de soluções para os problemas de saúde. Os Subprefeitos entrevistados esperam que o Coordenador de Saúde crie condições de governabilidade local e busque soluções na região com os recursos locais. Assim, a aproximação do Coordenador de Saúde com as lideranças e a participação na região são valorizadas. Para o Secretário Municipal de Saúde, o papel do Coordenador de Saúde é fazer valer as orientações e procurar auxílio na SMS, conferindo uma certa unicidade em relação às questões de saúde no Município.
- A questão de governabilidade é considerada como expressiva na indicação do Coordenador de Saúde, no entanto, não houve referência do critério explícito de filiação partidária, mas, de valores que estão congruentes com o partido da situação ou coligações.
- O Secretário Municipal da Saúde considera relevante a necessidade do Coordenador ser um profissional de saúde, independente da área de formação, utilizar a epidemiologia, como metodologia de diagnóstico da realidade local e analisar o impacto de sua ação. Informa adotar a

história de vida profissional, como critério para aprovar ou vetar o candidato ao cargo, desta forma, valoriza a competência técnica. Os Subprefeitos enfatizam a proximidade com a população e a gestão democrática, privilegiando a competência política.

A Enfermagem na Coordenadoria de Saúde:

- Como Coordenadoras de Saúde, as enfermeiras entrevistadas expressaram a atuação como facilitadoras, articuladoras, negociadoras, e responsáveis pela gestão de saúde local, norteadas pelas Políticas de Saúde em defesa do SUS aplicadas às necessidades de seu território. Assumem a responsabilidade pela execução das Políticas de Saúde, mas não exercem o poder de decisão e são executoras das diretrizes e programas da SMS na sua região.
- O Secretário Municipal da Saúde enfatiza que a enfermeira, dentro do conjunto de profissionais à disposição para ocupar o cargo de Coordenadora de Saúde, é um dos preferenciais para esta tarefa, em especial pela experiência de coordenação da equipe de enfermagem e competência gerencial. Faz também referência ao currículo de graduação de Enfermagem, no desenvolvimento das competências administrativas, direcionadas à organização e administração dos recursos que conferem uma vantagem à enfermeira em relação aos demais profissionais de saúde. No entanto, observou-se o predomínio da categoria profissional médica no exercício do cargo, sugerindo a adoção de critérios políticos e de busca de legitimidade social.

Os Subprefeitos consideram a Enfermagem uma profissão vitoriosa por sua força e dedicação, atribuindo às profissionais a qualidade de heroínas, diante da necessidade de tomar decisões em momentos cruciais e sempre na linha de frente, assinalando a ausência de fatores limitantes da

enfermeira para assumir o cargo.

- As Coordenadoras de Saúde entrevistadas referem como vantagens da enfermeira para o exercício do cargo as experiências administrativas, o conhecimento do SUS e da rede de serviços de atenção à saúde, da organização do trabalho e da articulação com os outros profissionais desenvolvidos na graduação e trajetória do trabalho, significativos na gestão local de saúde.
- A competência relacional, de aprender a viver e trabalhar com outros, constitui dimensões que se destacam na Enfermagem, pois seu processo de trabalho específico caracteriza-se pela interação com os demais profissionais, usuários e familiares. Além disso, a dedicação e o esforço para viabilizar a implantação desse novo modelo de gestão.
- Na trajetória profissional das enfermeiras Coordenadoras de Saúde, as competências referidas, em termos ideais, para o exercício desse cargo são: conhecer o SUS, as Políticas de Saúde e a região (lideranças comunitárias, território, recursos, dificuldades e oportunidades); buscar o saber por meio de atualização profissional aplicada às suas atribuições; polivalência de funções; gostar do que faz e ter compromisso com a profissão; crença no SUS; utilizar a epidemiologia para a tomada de decisões e trajetória profissional de valorização do serviço público.
- Além dessas competências é relevante considerar o jogo político local, a compreensão da dialética do processo e a necessidade de revisão e a contextualização dos princípios técnico-burocráticos e administrativos, de acordo com as mudanças e os ajuste dos comportamentos prescritivos e normativos para a gestão das relações, privilegiando a interação entre pessoas, contemplando a liderança social, a flexibilidade, a articulação necessária à realidade local. Além disso, o conhecimento do método epidemiológico não é específico de uma

categoria profissional e requer a interface do instrumento técnico com a correlação de forças políticas presentes na região, de forma que as ações planejadas sejam factíveis.

- As enfermeiras pesquisadas mencionam adotar estratégias de busca da gestão colegiada, com reuniões, participação em fóruns de debates, órgãos colegiados, buscando trocar experiências e novas fórmulas para o aproveitamento dos recursos locais, procurando integrar as políticas públicas e promover a proximidade com a população. Assim, enfatizam a necessidade idealizada de tecer uma rede de compromissos com a qualidade de vida, envolvendo a população, as organizações de ensino, as diferentes lideranças comunitárias, de forma a articular e integrar serviços e promover parcerias, no entanto ainda são estratégias a serem implementadas, no contexto de transição e com os impasses e limites da gestão em saúde.
- As enfermeiras Coordenadoras de Saúde vislumbram a necessidade de desenvolver competência política para se fazer aceita, do agir como parceira, influenciar, facilitar e conquistar o espaço para a operacionalização de mudanças, não se restringindo à organização do ambiente e do processo de trabalho.

Perspectivas e recomendações:

- Ainda que os resultados possam estar relacionados à singularidade dessas enfermeiras pesquisadas, que vivenciam um momento novo e específico. As experiências relatadas sugerem a abertura de um campo de prática social à enfermeira com a necessidade de superar os limites de sua formação, essencialmente técnica e de saberes prescritivos com o desenvolvimento de competências que venham ao encontro de novas demandas sociais da prática profissional.

- Revela-se a perspectiva do despertar de um novo caminho na gestão de saúde local, com muitos desafios, por se tratar de uma proposta de um processo descentralizado e democrático a ser construído em uma cultura ainda, predominantemente, normativa, centralizadora e autoritária, no qual mudanças podem ser entendidas como ameaças de saberes e poderes já institucionalizados.
- Neste sentido, ainda há muito a ser realizado. Não é suficiente uma proposta de democratização da administração e de indicação de Coordenadores de Saúde competentes para liderar e conduzir este processo de construção. É necessário avançar mais, tendo em vista a estruturação dos sistemas locais de saúde, de forma que tenham factibilidade e viabilidade.
- Deve-se compreender a gestão em saúde como uma ação política e a Saúde Pública, como uma prática de relações interdisciplinares, um processo de trabalho coletivo, construído na dinâmica social.
- As enfermeiras entrevistadas ao enveredarem pela Saúde Pública transcendem a prática tradicional da Enfermagem, fundamentada exclusivamente por saberes técnico-científicos em busca do desenvolvimento da ação política de saúde.
- Um outro olhar delinea a oportunidade de repensar a graduação em Enfermagem nos saberes e possibilidades, para superar o entendimento tradicional de gestão nos aspectos técnicos e nos limites da concepção do homem, como um ser operacional, para uma perspectiva de trabalho coletivo e de prática social, privilegiando os aspectos relacionais em uma ação transformadora, criando competências necessárias para a enfermeira tecer a rede de serviços, exercer parceria, assumindo o compromisso político e social com a profissão e com a sociedade, conquistando espaços, em um longo trajeto que, ainda, deve ser percorrido.

- Espera-se que essas reflexões sirvam de ponto de partida para a busca de um novo caminho, no qual a emergência do novo cargo de Coordenador de Saúde das Subprefeituras do Município de São Paulo permite criar oportunidades ao desenvolvimento de novos saberes, no sentido de acompanhar as transformações da gestão, contribuindo para uma liderança em Saúde Pública e o vislumbrar de um novo espaço profissional para as enfermeiras, direcionado a atuação no campo da Saúde Pública.

Neste particular, a atuação em Saúde Pública tem muito a dizer...

8 REFERÊNCIAS

- Aben - Associação Brasileira de Enfermagem. **A classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva**: Chianca TCM, Antunes MJM, coordenadores. Brasília: ABEn; 1999. (Série didática, Enfermagem no SUS).
- Almeida, ACV. **Mudanças globais, repercussões locais: os impasses e limites na gestão dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro; 2001 [Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem Ana Nery da UFRJ].
- Almeida MC, Rocha SM. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez; 1997.
- Alvarenga AT. A Saúde Pública como campo de investigação interdisciplinar e a questão metodológica. **Rev Saúde e Soc.** 1994; 3(2): 22-41
- Alves Sobrinho, EJM. Saúde em São Paulo: dificuldades e esperança. In: Sousa MF, Mendes A. **Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco; 2003, p.1-5.
- Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 79; 1977.
- Bodstein RCA. **Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993.
- Borenstein MS. **Relações de poder num hospital de caridade: uma visão Foucaultiana**. Pelotas: UFPel; 2000.
- Brasil. **Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1980**. Dispões sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <<http://portalweb02.saude.gov.br/saúde/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>> [2004 out 22].

Braverman H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1987.

Capucci PF. As mudanças na política de saúde em São Paulo: a Gestão Descentralizada. . In: Sousa MF, Mendes A. **Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira**. São Paulo: Hucitec; 2003. p. 43-73.

Cecílio LC de O. O Estado como prestador direto da assistência hospitalar: sim ou não? **Rev Adm Pública**. 1999; 33(2):23-37.

Cohn A, Nunes E, Jacobi BR, Karsch US. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez Cedec; 1991. (Pensamento Social e Saúde, 7).

Cohn A. Mudanças econômicas e Políticas de Saúde no Brasil. In Laurell AC. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo, Cortez; 1995 p. 225-44.

Cohn A; Elias PEM; Jacob PR. Participação popular e gestão de serviços de saúde: um olhar sobre a experiência do Município de São Paulo. **Saúde em debate**. 1993; 3(38): 0-3.

Cohn A, Elias PE. O PAS no Município de São Paulo: novos desafios para velhas questões. **Rev. Adm. Pública** 1998; 32(2): 167-84.

Dallari SG. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec; 1995.

Deluiz N. **Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho**. Formação, Brasília (DF) maio 2001; 1(2):5-15.

Domenico EBL. **Referências de competências segundo níveis de formação superior em Enfermagem: a expressão do conjunto**. São Paulo; 2003. [Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem da USP].

Donnini AO. A reorganização da gestão de saúde em São Paulo. In: Sousa MF, Mendes A. **Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira**. São Paulo: Hucitec; 2003. p.31-73.

Dutra JS. Gestão de pessoas com base em competências. In: Dutra JS, organizador. **Gestão por competências**. Gente: São Paulo; 2001, p. 27-31.

Fayol H. **Administração industrial e geral**. 9ª ed. São Paulo: Atlas; 1975.

Foucault M. **Microfísica do poder**. 17ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1993.

Foucault M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes; 2002.

Fracolli LA. **O processo de trabalho de gerência: possibilidades e limites frente à reorganização do trabalho na rede básica de saúde de Marília**. São Paulo; 1999. [Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo].

Freidson E. **La profession médicale**. Paris: Payot; 1984.

Freitas SM. **História oral: possibilidades e procedimentos**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado; 2002.

Geovanini T, Moreira A, Dornelles S, Machado WCA. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter; 2002.

Gomes ELR. **Administração em enfermagem: constituição histórico-social do conhecimento**. Ribeirão Preto; 1991. [Tese de Doutorado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP].

Gonçalves RBM. **Tecnologia 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/Rio de Janeiro: Abrasco; 1994.

IBGE [Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística]. **Censo demográfico 2000**. Disponível em <<http://www.ibge.org.br/censo/default.php>> [2004 set 20].

Inojosa RM. Intersetorialidade e rede de compromisso social na metrópole paulista. In: Sousa MF, Mendes A. **Tempos radicais da saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira**. São Paulo: Hucitec; 2003, p. 95-108.

Junqueira LAP. **Mudança uma causa: compartilhada: do ERSA ao SUS**. São Paulo; 1996. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Junqueira V. **Saúde na cidade de São Paulo (1989 a 2000)**. 2ªed.rev. São Paulo: Instituto Polis/ PUC-SP; 2002. (Observatório dos Direitos do Cidadão: acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo.3).

Kisil M, Pupo TRGB. **Gestão da mudança organizacional**. São Paulo:Idis/FSP-USP/Banco Itaú;1998. (Saúde e Cidadania, 4).

Kliksberg B. A Gerência do final do século XX. **Rev Adm Pública** 1993; 27(2): 183-201.

Kurcgant P. **A liderança na administração do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam esta prática em hospital**. São Paulo; 1992. [Tese de Livre-Docência – Escola de Enfermagem da USP].

Kurcgant P, organizadora. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU; 1995.

Laurell AC, organizadora. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo:Cortez; 1995.

Lebrun G. **O que é poder**. 14ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1995.

Loyola CMD. **Os doce(is) corpos do hospital – os enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar**. Rio de Janeiro; 1984. [Tese de Mestrado – Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da UFRJ].

Meihy JCSB. **Manual de história oral**. 4ªed. São Paulo: Loyola; 2002.

Merhy e col. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço interrompido e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE e Onocko R, coordenadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC; 1997. p. 113-50.

Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência e Saúde Coletiva** 1999; 4(2): 305-3124.

Minayo MC de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco; 1992.

Ministério da Educação. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996: estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF) 1996 dez 23;34 (248) Seção 1:27.833-41.

Ministério da Educação. **Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem**. Diário Oficial da União, Brasília (DF) out 2001. Seção 1E, p.131.

Ministério da Saúde. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo: IMESP; 1988. Brasil. Norma Operacional Básica 1/96: dispõe sobre critérios para a descentralização de serviços de saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília (DF), 7 de set. 1996.

Nimtz MA. **O significado de competência para o docente de administração em enfermagem**. São Paulo; 2003. [Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem da USP].

OPAS [Organización Panamericana de la Salud]. **Funciones esenciales de salud pública: uma perspectiva desde las prácticas sociales: marco de referência para uma discusión regional.** Washington (DC); 1998.

Pereira LC. **Crise econômica e reforma do estado no Brasil. Para uma nova interpretação da América Latina.** São Paulo: Ed.34; 1996.

Pereira LCR. **A reforma do aparelho do Estado e a Constituição Brasileira.** Distrito Federal:MARE/ENAP; 1995.

PMSP [Prefeitura Municipal de São Paulo]. **Índice-saúde por subprefeituras 2001 e 2002.** Disponível em <http://www.prefeitura.sp.org.br/arquivo/secretaria/saude/publicações/004/BoletimCeinfo08-04/pdf>>[10 set 2003].

PMSP [Prefeitura Municipal de São Paulo]. **Sumário de Dados.** São Paulo: 2004.

Perrenoud P. **10 novas competências pra ensinar.** Porto Alegre: Artmed; 2000.

Perrenoud P. **Construir competências desde a escola.** Porto Alegre: Artmed; 2003.

Queiroz MIP Relatos orais: do indizível ao dizível. In: Simson OMV (organizador). **Experimentos com história de vida (Itália/Brasil).** São Paulo: Vértice; 1998, p.14-43.

Quivy R, Campenhoudt LV. **Manual de investigação em ciências sociais.** Lisboa: Gradina; 1992.

Rozendo CA. **Liderança na enfermagem: refletindo sobre um mito.** Ribeirão Preto; 1995. [Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP].

Sanna MC. **História de enfermeiras gerentes: subsídios para a compreensão de um modelo referência de organização de serviços de enfermagem 1950-1980.** São Paulo; 1999. [Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de São Paulo da USP].

Schraiber LB. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade.** São Paulo: Hucitec; 1993.

Schraiber LB. A pesquisa qualitativa em saúde: reflexão metodológica do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev Saúde Pública** 1995; 29:63-74.

SEADE [Fundação SEADE]. **Anuário estatístico do Estado de São Paulo.** Disponível em <http://www.seade.gov.br/produtos/msp/sne/sne1_001.htm>[2004set 20]

SMS [Secretária Municipal da Saúde]. Gestão Plena no SUS – a conquista é toda nossa. **Rev Saúde São Paulo.** 2004; 1(2):8-29.

Silva FS da. **Municipalização da saúde e poder local: sujeitos, atores e políticas.** São Paulo; 2001. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Silva GB. **Enfermagem profissional brasileira: análise crítica.** São Paulo: Cortez; 1986.

Taylor FW. **Princípios de administração científica.** 7ª ed. São Paulo: Atlas; 1970.

Testa M. Análisis de Instituciones Hipercomplejas. In: Merhy EE e Onocko R, coordenadora. **Agir em saúde. Um desafio para o público.** São Paulo: HUCITEC; 1997. p.17-70.

Thompson P. **A voz do passado: história oral.** 3ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2002.

Villa TCS, Mishima SM, Rocha SMMA. A enfermagem nos serviços de Saúde Pública do Estado de São Paulo. In: Almeida MCP, Rocha SMM. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez; 1997.p. 27-113.

Witt RR, Almeida MCP. Competências dos profissionais de saúde no referencial das funções essenciais de Saúde Pública: contribuição para a construção de Projetos Pedagógicos na Enfermagem. **Rev Bras Enferm** 2003; 56: 433-8.



Prefeitura do Município de São Paulo
 Secretaria Municipal da Saúde
 Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – COGest
 Comitê de Ética em Pesquisa

São Paulo, 12 de fevereiro de 2004

Ofício N° 014/2004 – CEPSMS

Prezada Senhora,

Pelo presente, informo que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo analisou, e APROVOU, de acordo com a Resolução 196/96, o protocolo de pesquisa "Liderança de Enfermagem, limites e possibilidades de uma ação transformadora"; de autoria da pesquisadora CELL REGINA DA SILVA NOCA.

Como procedimento adotado por este Comitê de Ética em Pesquisa, solicitamos a inclusão, no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do seguinte: qualquer questão, dúvida, esclarecimento ou reclamação sobre os aspectos éticos dessa pesquisa, favor entrar em contato com: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – Rua General Jardim, 36 – 2º andar – Telefone: 3218-4043 – e-mail: smscop@prefeitura.sp.gov.br.

Lembramos que este parecer não basta para que seu estudo possa se realizar dentro da unidade, é necessária também a permissão administrativa da autoridade sanitária.

Salientamos os seguintes aspectos a serem considerados pelo pesquisador:

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - item IV.1f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento livre e esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.2.d)
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

ELIANA DE AQUINO BONILHA

Vice-Coordenadora do
 Comitê de Ética em Pesquisa da
 Secretaria Municipal da Saúde – CEPSMS

Ilma. Sra.
 Cell Regina da Silva Noca
 Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
 Nesta.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____,

RG _____, endereço _____

Concordo em participar, voluntariamente, da pesquisa científica sobre o tema “Lideranças em Enfermagem – Coordenadoras de Saúde: competências, limites e possibilidades” que está sendo realizada por Cell Regina da Silva Noca, aluna da Pós Graduação, da Faculdade de Saúde Pública, da Universidade de São Paulo. Estou ciente de que os dados a serem coletados e resultados são confidenciais e serão utilizados unicamente para fins de ensino e desta pesquisa. Autorizo a divulgação dos dados em tabelas ou entrevistas mediante total garantia de sigilo da minha identidade.

São Paulo,.....de.....de 2004.

Assinatura do entrevistado

Cell Regina da Silva Noca
Doutoranda da Faculdade de Saúde Pública
Número de matrícula USP: 198687
Orientador: Prof. Dr. Marcos Kisil

**ROTEIRO PARA ENTREVISTAS
ENFERMEIRAS COORDENADORAS DE SAÚDE**

- 1 Caracterização da entrevistada: data e local de nascimento; outros dados familiares.

- 2 Formação acadêmica: data e local da graduação; data e local de especialização; data e local de outros cursos, tais como pós-graduação; outros cursos/experiências que considera relevantes/importantes em sua trajetória.

- 3 Trajetória profissional (anterior ao ingresso no serviço público): datas, locais e atividades realizadas.
 - 3.1 Expectativas.
 - 3.2 Avaliação das atividades desenvolvidas.

- 4 Trajetória profissional no serviço público: data e local de ingresso (forma de ingresso e primeiro posto de trabalho)
 - 4.1 Expectativas neste início.
 - 4.2 Avaliação das atividades desenvolvidas neste início.
 - 4.3 Principais atribuições e cargos.
 - 4.4 Percepção acerca de sua experiência profissional (excluindo a atual).

- 5 Coordenador de Saúde como cargo: data e processo de ingresso e competências para exercê-lo.
 - 5.1 Descrição do processo. Como você se percebe neste processo?
 - 5.2 Significado.
 - 5.3 Atribuições.
 - 5.4 Expectativas.
 - 5.5 Identificação das competências necessárias para exercício do cargo.

5.6 Necessidade de formação específica para se Coordenador de Saúde.

5.7 Percepção do enfermeiro (e as características próprias deste profissional) neste cargo.

6 Compreendendo a Coordenadoria de Saúde e o processo de reorganização político-administrativa do Município de São Paulo.

6.1 Conhecimento sobre as mudanças político-administrativas da Prefeitura de São Paulo, sobretudo para a área da Saúde, desde a criação das Subprefeituras.

6.2 Relação Subprefeitura e SMS.

6.3 Avaliação deste processo.

6.4 Caracterização da situação de saúde na região em trabalho.

6.5 Saberes e estratégias para atender às necessidades do cargo.

6.6 Realização de treinamentos, cursos, experiências importantes para o cargo. Saberes, que, concretamente, utiliza no seu dia-a-dia. Como os adquiriu?

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA:
SECRETÁRIO DA SAÚDE E SUBPREFEITOS**

1. Nessa nova organização das Subprefeituras qual é o papel dos Coordenadores de Saúde?
2. Quais são as atribuições deste cargo? Quem as definiu?
3. Quais são as competências necessárias para o desempenho adequado deste cargo?
4. Qual é a articulação necessária entre a SMS e as Subprefeituras?
5. Quais os parâmetros que são utilizados para designar um Coordenador de Saúde?
6. Quais os parâmetros que são utilizados para avaliar um Coordenador de Saúde?
7. Como é a atuação das enfermeiras nesse cargo?
8. Há alguma característica da enfermeira que facilite o exercício deste cargo? Qual(is)?
9. Há alguma característica da enfermeira que pode ser limitante para o exercício deste cargo? Qual(is)?

LEI Nº 13.399, DE 1º DE AGOSTO DE 2002

(Projeto de Lei nº 546/01, do Executivo)

Dispõe sobre a criação de Subprefeituras no Município de São Paulo, e dá outras providências.

MARTA SUPLICY, Prefeita do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal, em sessão de 18 de julho de 2002, decretou e eu promulgo a seguinte lei:

CAPÍTULO I**DA DISPOSIÇÃO GERAIS**

Art. 1º - Esta lei dispõe sobre a criação, estrutura e atribuições das Subprefeituras no Município de São Paulo, estabelece procedimentos para sua implantação e prevê a transferência gradual de órgãos e funções da Administração Direta Municipal.

Art. 2º - O Poder Executivo Municipal é exercido pelo Prefeito, auxiliado diretamente pelos Secretários Municipais e Subprefeitos.

CAPÍTULO II**DAS SUBPREFEITURAS****SEÇÃO I****FINALIDADE E ATRIBUIÇÕES**

Art. 3º - A Administração Municipal, no âmbito das Subprefeituras, será exercida pelos Subprefeitos, a quem cabe a decisão, direção, gestão e o controle dos assuntos municipais em nível local, respeitada a legislação vigente e observadas as prioridades estabelecidas pelo Poder Executivo Municipal.

Art. 4º - As Subprefeituras, órgãos da Administração Direta, serão instaladas em áreas administrativas de limites territoriais estabelecidos em função de parâmetros e indicadores socioeconômicos.

Art. 5º - São atribuições das Subprefeituras, respeitados os limites de seu território administrativo e as atribuições dos órgãos do nível central:

- I - constituir-se em instância regional de administração direta com âmbito intersetorial e territorial;
- II - instituir mecanismos que democratizem a gestão pública e fortalecer as formas participativas que existam em âmbito regional;
- III - planejar, controlar e executar os sistemas locais, obedecendo as políticas, diretrizes e programas fixados pela instância central da administração;
- IV - coordenar o Plano Regional e Plano de Bairro, Distrital ou equivalente, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Plano Estratégico da Cidade;
- V - compor com Subprefeituras vizinhas, instâncias intermediárias de planejamento e gestão, nos casos em que o tema, ou o serviço em causa, exijam tratamento para além dos limites territoriais de uma Subprefeitura;
- VI - estabelecer formas articuladas de ação, planejamento e gestão com as Subprefeituras e

Municípios limítrofes a partir das diretrizes governamentais para a política municipal de relações metropolitanas;

VII - atuar como indutoras do desenvolvimento local, implementando políticas públicas a partir das vocações regionais e dos interesses manifestos pela população;

VIII - ampliar a oferta, agilizar e melhorar a qualidade dos serviços locais, a partir das diretrizes centrais;

IX - facilitar o acesso e imprimir transparência aos serviços públicos, tornando-os mais próximos dos cidadãos;

X - facilitar a articulação intersetorial dos diversos segmentos e serviços da Administração Municipal que operam na região.

Parágrafo único - As diretrizes mencionadas nos incisos III, IV, VI e VIII deste artigo serão fixadas pela instância central de governo, mediante elaboração de políticas públicas, coordenação de sistemas, produção de informações públicas e definição de política que envolva a região metropolitana, ouvidas as Subprefeituras.

Art. 6º - As Subprefeituras terão dotação orçamentária própria, com autonomia para a realização de despesas operacionais, administrativas e de investimento, e participação na elaboração da proposta orçamentária da Prefeitura.

Parágrafo único - O orçamento municipal, a partir da aprovação desta lei, deverá ser apresentado de forma regionalizada pelas áreas de abrangência das Subprefeituras, independentemente do estágio específico de descentralização.

SEÇÃO II

LIMITES TERRITORIAIS

Art. 7º - Ficam criadas no Município de São Paulo 31 (trinta e uma) Subprefeituras, constituídas pelos respectivos distritos abaixo relacionados e indicados no Anexo I, parte integrante desta lei:

1 - Perus: Anhangüera, Perus;

2 - Pirituba: Jaraguá, Pirituba, São Domingos;

3 - Freguesia/Brasilândia: Freguesia do Ó, Brasilândia;

4 - Casa Verde/Cachoeirinha: Casa Verde, Cachoeirinha, Limão;

5 - Santana/Tucuruvi: Mandaqui, Santana, Tucuruvi;

6 - Tremembé/Jaçanã: Jaçanã, Tremembé;

7 - Vila Maria/Vila Guilherme: Vila Maria, Vila Guilherme, Vila Medeiros;

8 - Lapa: Barra Funda, Lapa, Perdizes, Vila Leopoldina, Jaguará, Jaguaré;

9 - Sé: Consolação, Santa Cecília, Bom Retiro, República, Sé, Bela Vista, Liberdade, Cambuci;

10 - Butantã: Butantã, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno, Vila Sônia;

11 - Pinheiros: Pinheiros, Alto de Pinheiros, Itaim Bibi, Jardim Paulista;

12 - Vila Mariana: Vila Mariana, Saúde, Moema;

- 13 - Ipiranga: Cursino, Ipiranga, Sacomã;
- 14 - Santo Amaro: Santo Amaro, Campo Belo, Campo Grande;
- 15 - Jabaquara: Jabaquara;
- 16 - Cidade Ademar: Cidade Ademar, Pedreira;
- 17 - Campo Limpo: Campo Limpo, Capão Redondo, Vila Andrade;
- 18 - M'Boi Mirim: Jardim Ângela, Jardim São Luiz;
- 19 - Socorro: Socorro, Cidade Dutra, Grajaú;
- 20 - Parelheiros: Marsilac, Parelheiros;
- 21 - Penha: Penha, Cangaíba, Vila Matilde, Arthur Alvim;
- 22 - Ermelino Matarazzo: Ermelino Matarazzo, Ponte Rasa;
- 23 - São Miguel: São Miguel, Vila Jacuí, Jardim Helena;
- 24 - Itaim Paulista: Itaim Paulista, Vila Curuçá;
- 25 - Moóca: Brás, Água Rasa, Moóca, Pari, Belém, Tatuapé;
- 26 - Aricanduva: Carrão, Aricanduva, Vila Formosa;
- 27 - Itaquera: Itaquera, Parque do Carmo, Cidade Líder, José Bonifácio;
- 28 - Guaianases: Guaianases, Lajeado;
- 29 - Vila Prudente/Sapopemba: Sapopemba, São Lucas, Vila Prudente;
- 30 - São Mateus: São Mateus, São Rafael, Iguatemi;
- 31 - Cidade Tiradentes: Cidade Tiradentes.

SEÇÃO III

DO SUBPREFEITO

Art. 8º - Os cargos de Subprefeito serão de livre nomeação pela Prefeita, em conformidade com o "caput" do artigo 76 da Lei Orgânica do Município de São Paulo.

Art. 9º - É da competência do Subprefeito:

I - representar política e administrativamente a Prefeitura na região;

II - coordenar técnica, política e administrativamente esforços, recursos e meios legalmente postos à sua disposição, para elevar índices de qualidade de vida, observadas as prioridades e diretrizes estabelecidas pelo Governo Municipal;

III - coordenar e supervisionar a execução das atividades e programas da Subprefeitura, de acordo com as diretrizes, programas e normas estabelecidas pela Prefeita;

IV - sugerir à Administração Municipal diretrizes para o planejamento municipal;

- V - propor à Administração Municipal, de forma integrada com os órgãos setoriais de gestão local, prioridades orçamentárias relativas aos serviços, obras e atividades a serem realizadas no território da Subprefeitura;
- VI - participar da elaboração da proposta orçamentária da Prefeitura e do processo de orçamento participativo;
- VII - garantir, de acordo com as normas da instância central, a execução, operação e manutenção de obras, serviços, equipamentos sociais e próprios municipais, existentes nos limites da Subprefeitura;
- VIII - assegurar, na medida da competência da Subprefeitura, a obtenção de resultados propostos nos âmbitos central e local;
- IX - fiscalizar, no âmbito da competência da Subprefeitura, na região administrativa correspondente, o cumprimento das leis, portarias e regulamentos;
- X - fixar prioridades e metas para a Subprefeitura, de acordo com as políticas centrais de Governo;
- XI - garantir, em seu âmbito, a interface política necessária ao andamento dos assuntos municipais;
- XII - fornecer subsídios para a elaboração das políticas municipais e para a definição de normas e padrões de atendimento das diversas atividades de responsabilidade do Município;
- XIII - desempenhar, em seu âmbito territorial, outras competências que lhe forem delegadas pelo nível central;
- XIV - decidir, na instância que lhe couber, os assuntos da área de sua competência;
- XV - garantir a ação articulada e integrada da Subprefeitura;
- XVI - convocar audiências públicas para tratar de assuntos de interesse da região;
- XVII - garantir a participação da Subprefeitura nos conselhos, colegiados e comissões, indicando seus representantes;
- XVIII - promover ações visando ao bem-estar da população local, especialmente quanto à segurança urbana e defesa civil;
- XIX - elaborar a proposta orçamentária da Subprefeitura, garantindo processo participativo em sua construção;
- XX - proceder à execução orçamentária e promover a realização de licitações e contratações que envolvam área de sua exclusiva competência, observadas as diretrizes centrais do Governo Municipal;
- XXI - realizar despesas operacionais, administrativas e de investimento, com autonomia, mediante o gerenciamento de dotação orçamentária própria;
- XXII - nomear os ocupantes dos cargos de provimento em comissão das unidades administrativas da Subprefeitura;
- XXIII - propor a realização de concurso público;
- XXIV - alocar recursos humanos e materiais necessários para o desenvolvimento das atividades da Subprefeitura;
- XXV - promover treinamento de pessoal, obedecidas as diretrizes do nível central;

XXVI - autorizar o uso precário e provisório de bens municipais sob sua administração, observado o disposto no parágrafo 5º do artigo 114 da Lei Orgânica do Município de São Paulo, e opinar quanto à cessão de uso dos bens municipais localizados em sua região administrativa;

XXVII - celebrar convênios de cooperação técnica e administrativa com órgãos e instituições nacionais e propor a celebração desses convênios com órgãos e instituições internacionais, no âmbito de sua competência;

XXVIII - propor ao órgão municipal competente o tombamento ou outras medidas legais de proteção e preservação de bens móveis e imóveis da região.

Parágrafo único - As competências previstas neste artigo poderão ser delegadas a critério de cada Subprefeito, na forma prevista em decreto.

SEÇÃO IV

DA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL E SUAS ATRIBUIÇÕES

Art. 10 - A Secretaria de Implementação das Subprefeituras - SIS fica transformada na Secretaria Municipal das Subprefeituras - SMSP, cabendo-lhe:

I - dar apoio gerencial e administrativo às decisões da Prefeita sobre o desempenho das Subprefeituras e suas solicitações;

II - realizar o acompanhamento gerencial das metas e atividades das Subprefeituras;

III - criar indicadores para dimensionar os recursos humanos e materiais para as Subprefeituras, a partir de padrões de qualidade e da realidade de cada região;

IV - propor à Prefeita e articular soluções para o bom desenvolvimento de relações intersetoriais e institucionais mantidas pela Subprefeitura;

V - avaliar o cumprimento das diretrizes gerais e setoriais na ação, no planejamento e na gestão regional exercida pelas Subprefeituras.

Art. 11 - As Subprefeituras terão a estrutura básica prevista no artigo 12 desta lei e os órgãos necessários ao desempenho de suas competências e atribuições próprias, notadamente nas áreas de saúde, educação, assistência social, abastecimento, desenvolvimento urbano, econômico e social, transporte, habitação, proteção, preservação e recuperação do meio ambiente natural e construído, do patrimônio cultural, histórico, artístico, paisagístico e arqueológico.

Art. 12 - Fica criada, compondo e diretamente subordinada ao Gabinete do Subprefeito, a seguinte estrutura com respectiva competência:

I - Chefia de Gabinete, à qual competirá o apoio necessário às funções do Subprefeito, além de ação integrada aos assuntos jurídico, administrativo, técnico, de comunicação e de tecnologia de informação, bem como substituir o Subprefeito em seus eventuais impedimentos;

II - Coordenadoria de Ação Social e Desenvolvimento, responsável pelas ações nas áreas de trabalho, assistência social, abastecimento, esporte, lazer e cultura e atividades afins;

III - Coordenadoria de Planejamento e Desenvolvimento Urbano, à qual competirá o planejamento urbano, habitacional e dos transportes, controle e fiscalização do uso do solo, conservação e preservação do meio ambiente e atividades afins;

IV - Coordenadoria de Manutenção da Infra-estrutura Urbana, à qual caberá a manutenção das vias públicas, da rede de drenagem, da limpeza urbana, a conservação de áreas verdes e de próprios municipais e atividades afins;

consecução de suas atribuições.

Art. 19 - Fica o Poder Executivo autorizado a transferir as unidades de prestação de serviços, bem como os respectivos contratos e instrumentos assemelhados, quaisquer que sejam sua natureza e complexidade, para as Subprefeituras das respectivas áreas geográficas onde estiverem sediadas.

Art. 20 - As Secretarias Municipais cujos órgãos ou atribuições forem transferidos para as Subprefeituras terão as respectivas estruturas organizacionais a estas incorporadas, por área de atuação, sendo mantidas, reestruturadas ou extintas, conforme o caso.

Art. 21 - No prazo máximo de 18 meses após a aprovação desta lei, deverão ser formalizadas, mediante lei, as estruturas organizacionais de cada uma das Subprefeituras e as novas estruturas organizacionais centrais, com os respectivos quadros de cargos e funções, assim como as ações executivas de suas competências, compatibilizando-as de modo a evitar a duplicidade.

Parágrafo único - As novas estruturas centrais exercerão funções de apoio direto à Prefeita e terão competências de coordenação, planejamento, normatização geral e controle institucional, além das competências executivas mencionadas no "caput" deste artigo.

Art. 22 - Para a implantação da estrutura organizacional e execução das diretrizes, objetivos e competências estabelecidos nesta lei, serão priorizados, quanto à alocação de recursos humanos, os instrumentos de cooperação entre órgãos e entidades da Administração Pública Municipal.

SEÇÃO II

DO PESSOAL

Art. 23 - Ficam criados no Quadro de Profissionais da Administração, da Prefeitura do Município de São Paulo, com as denominações, referências de vencimentos e formas de provimento indicadas, os cargos em comissão constantes da coluna "Situação Nova" do Anexo II desta lei, que passam a integrar o Anexo I, Tabela "A" - Cargos de Provimento em Comissão - Grupo V, da Lei nº 11.511, de 19 de abril de 1994.

Parágrafo único - Os demais cargos constantes da coluna "Situação Atual" do Anexo II desta lei ficam alterados, na conformidade do disposto na coluna "Situação Nova" do mesmo Anexo.

Art. 24 - Os cargos de Chefe de Gabinete de Subprefeitura serão providos por ato da Prefeita nas Subprefeituras criadas por esta lei, mediante indicação do Subprefeito.

Art. 25 - Fica instituída a referência "SP", aplicada ao cargo de Subprefeito, com valor correspondente àquele atribuído à referência "SM", passando a integrar o Anexo II, Tabela "A" - Cargos de Provimento em Comissão, a que se refere o artigo 6º da Lei nº 11.511, de 19 de abril de 1994, e legislação subsequente.

Art. 26 - Fica o Poder Executivo autorizado a fixar a lotação dos servidores titulares de cargos de provimento efetivo ou ocupantes de funções, atualmente lotados ou em exercício em unidades ou órgãos municipais, nas unidades ou órgãos que tenham assumido as competências ou atribuições daquelas nas Subprefeituras.

SEÇÃO III

DOS RECURSOS FINANCEIROS E ORÇAMENTÁRIOS

Art. 27 - A implantação da estrutura organizacional ora estabelecida far-se-á progressivamente, observada a disponibilidade de recursos financeiros e orçamentários e passará a vigorar conforme venham a dispor os decretos e regulamentos para tanto indispensáveis, nos termos dos artigos 17 a 26 desta lei.

Art. 28 - Fica o Poder Executivo autorizado a promover, por decreto, as realocações de dotações orçamentárias necessárias à aplicação desta lei.

Art. 29 - O Poder Executivo adotará os procedimentos necessários à criação de dotações orçamentárias próprias e específicas para cada Subprefeitura.

Art. 30 - Os Poderes Municipais, Executivo e Legislativo, adotarão todas as medidas necessárias, no âmbito das respectivas competências, para que o modelo organizacional de que trata esta lei esteja totalmente implantado até 31/12/2004.

Art. 31 - Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 1º de agosto de 2002, 449º da fundação de São Paulo.

MARTA SUPLICY, PREFEITA

ANNA EMILIA CORDELLI ALVES, Secretária dos Negócios Jurídicos

JOÃO SAYAD, Secretário de Finanças e Desenvolvimento Econômico

MARIA AUXILIADORA COSTA GAMA, Respondendo pelo Cargo de Secretária Municipal de Gestão Pública

JILMAR AUGUSTINHO TATTO, Secretário de Implementação das Subprefeituras

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 1º de agosto de 2002.

RUI GOETHE DA COSTA FALCÃO, Secretário do Governo Municipal

(AQUI ENTRA O MAPA - ANEXO I)

(AQUI ENTRA O ARQUIVO ZIPADO aabaadm 099 - ANEXO II)

LEI Nº 13.399, DE 1º DE AGOSTO DE 2002

RETIFICAÇÃO

Dispõe sobre a criação de Subprefeituras no Município de São Paulo, e dá outras providências.

MARTA SUPLICY, Prefeita do Município de São Paulo, no uso das atribuições que lhe são conferidas por lei, faz saber que a Câmara Municipal de São Paulo decretou e eu promulgo, nos termos do disposto no § 6º do artigo 42 da Lei Orgânica do Município, as seguintes disposições do Anexo II a que se refere o artigo 23 da Lei nº 13.399, de 1º de agosto de 2002, da qual passam a fazer parte integrante:

SITUAÇÃO ATUAL SITUAÇÃO NOVA

CARGOS/ REF. QUANT PARTE TAB. PROVIMENTO

LOTAÇÃO

CARGOS/ REF. QUANT PARTE TAB. PROVIMENTO

LOTAÇÃO

"... dentre profissionais da área da saúde"

"... dentre os portadores de diploma de engenharia ou arquitetura."

"... dentre os portadores de diploma de engenharia ou arquitetura."

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, aos 3 de janeiro de 2003, 449º da fundação de São Paulo.

MARTA SUPPLY, PREFEITA

LUIZ TARCISIO TEIXEIRA FERREIRA, Secretário dos Negócios Jurídicos

LEDA MARIA PAULANI, Respondendo pelo Cargo de Secretária de Finanças e Desenvolvimento Econômico

ANTONIO DONATO MADORMO, Secretário Municipal das Subprefeituras

Publicada na Secretaria do Governo Municipal, em 3 de janeiro de 2003

RUI GOETHE DA COSTA FALCÃO, Secretário do Governo Municipal